



## DAL DISTURBO DISMORFOFOBICO AL BINGE EATING DISORDER

### La RPP® Riabilitazione Psiconutrizionale Progressiva ambulatoriale

*Pierandrea Salvo*



*Centro di riferimento per la cura e la riabilitazione dei disturbi del  
comportamento alimentare e del Peso – Portogruaro (VE)*

[www.disturbialimentari.info](http://www.disturbialimentari.info) [pierandrea.salvo@ulss10.veneto.it](mailto:pierandrea.salvo@ulss10.veneto.it)

# Inquadramento clinico dei DCA nell'infanzia ed età adulta



# I DCA SONO PATOLOGIE PSICHIATRICHE CARATTERIZZATE DA:

Anomalie del  
comportamento  
alimentare e della  
regolazione del peso

Disturbi della  
percezione o  
rappresentazione  
del corpo

Presenza di pensieri  
disfunzionali relativi  
al cibo, alle sue  
proprietà ed ai suoi  
effetti sull'aspetto  
corporeo

## EPIDEMIOLOGIA

	PREVALENZA		
	prevalenza lifetime		prevalenza puntiforme
	> 18 ANNI	18-24 ANNI	
l'anoressia nervosa	0,9%	2%	0,2 – 0,9%
bulimia nervosa	1,5%	4,5%	0,5 – 1,8%
BED	3,5%	6,2%	

	INCIDENZA (nuovi casi \ 100.000)	
	DONNE	UOMINI
<i>anoressia nervosa</i>	<i>Almeno 8</i>	0,02 – 1,4
<i>bulimia nervosa</i>	<i>Almeno 12</i>	0,8

## popolazione

- Popolazione ISTAT x regioni
- Femmine e maschi 12- 25 anni

## Casi attesi

- Prevalenza puntiforme \*
- 0,5% F. AN; 1% F. BN; M. AN 8% vs F; M. BN 10 % vs F

## Fabbisogno residenziale

- F. e M. AN: 30% della PREV PUNT\*\*
- F. e M. BN: 10% della PREV PUNT

\*quaderni ministero della salute n. 17/22, luglio-  
agosto 2013

\*\* posm REG VENETO DGR 651\2010

	PREVALENZA PUNTUALE ATTESA 12 – 25 anni				
REGIONI	FEMM AN	FEMM BN	MASCHI AN	MASCHI BN	P.L. RIABILITATIVI
valle d'aosta	39,04	78,07	3,12	7,81	5,31
molise	109,49	218,97	8,76	21,90	14,89
basilicata	213,94	427,88	17,12	42,79	29,10
umbria	271,98	543,95	21,76	54,40	36,99
trentino A.A.	395,98	791,95	31,68	79,20	53,85
<b>friuli v g</b>	<b>351,23</b>	<b>702,45</b>	<b>28,10</b>	<b>70,25</b>	<b>47,77</b>
abruzzo	438,03	876,05	35,04	87,61	59,57
liguria	431,43	862,86	34,51	86,29	58,67
marche	488,41	976,81	39,07	97,68	66,42
sardegna	527,45	1.054,89	42,20	105,49	71,73
calabria	772,55	1.545,10	61,80	154,51	105,07
toscana	1.073,82	2.147,64	85,91	214,76	146,04
piemonte	1.296,27	2.592,54	103,70	259,25	176,29
emilia romagna	1.257,70	2.515,40	100,62	251,54	171,05
puglia	1.563,21	3.126,42	125,06	312,64	212,60
veneto	1.563,46	3.126,91	125,08	312,69	212,63
sicilia	1.988,22	3.976,44	159,06	397,64	270,40
lazio	1.793,54	3.587,07	143,48	358,71	243,92
campania	2.437,75	4.875,49	195,02	487,55	331,53
lombardia	3.039,16	6.078,31	243,13	607,83	413,33

# Fattori di rischio ed eziopatogenesi

L'anoressia nervosa e la bulimia nervosa sono **disturbi nella cui eziologia intervengono vari fattori, sia genetici sia ambientali.**

difficoltà nelle fasi di passaggio dall'infanzia alla vita adulta, scatenate dai cambiamenti fisici e ormonali che caratterizzano la pubertà

circa il 50% del rischio parrebbe dovuto a fattori genetici. Le ricerche sui geni implicati in questa vulnerabilità hanno dato finora risultati non conclusivi.

**fattori ambientali precoci:** fattori di rischio che interferiscono con le prime fasi del neurosviluppo e con la maturazione e la programmazione dei sistemi di risposta allo stress.

**fattori di rischio ambientale tardivi:** gli abusi nell'infanzia, gli stress psicosociali e le relazioni familiari caratterizzate da una forte conflittualità tra i genitori e tra genitori e figli, l'abuso di sostanze psicoattive e l'esposizione a pressioni verso la magrezza da parte di membri del gruppo familiare o dell'area relazionale e affettiva in cui il soggetto vive.

# DCA: Etiopatogenesi biopsicosociale

L'anoressia e bulimia esprimono, a livello eziologico, e patogenetico e di mantenimento e cronicizzazione, una intricata **commistione di fattori causativi biologici, corporei, intrapsichici, familiari e socio-culturali.**

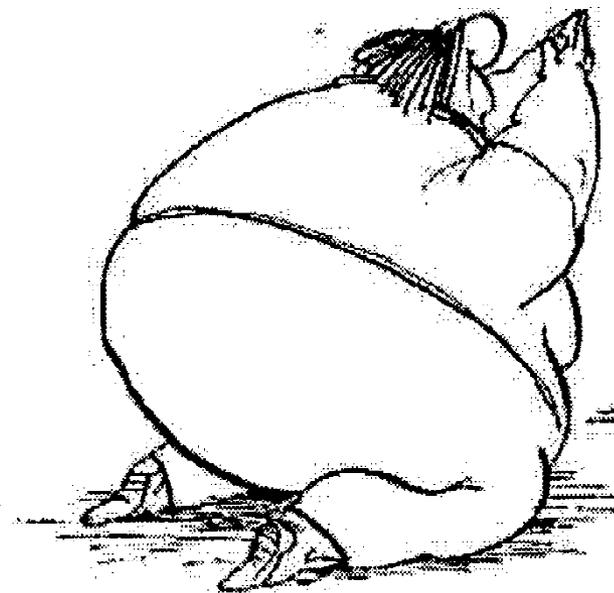
Emblematiche malattie dove mente, corpo, persona, famiglia e gruppo sociale e culturale si inducono l'un l'altro segni e simboli sintomi di disagio, angoscia, aggressività rabbia, sofferenza e di richiesta di aiuto

# Evoluzione dei modelli estetici e sociali

2000 v. Chr...



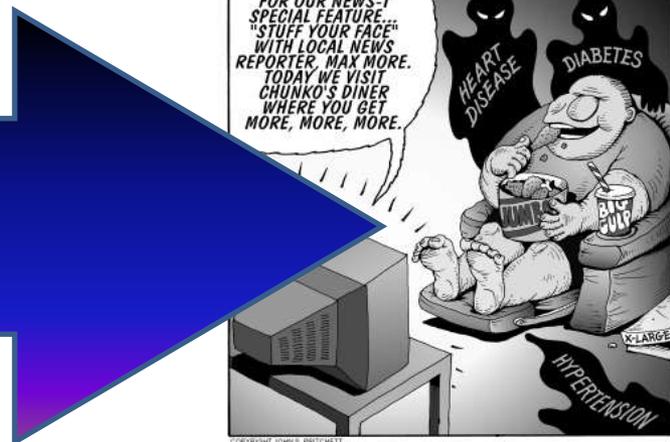
2000 n. Chr...



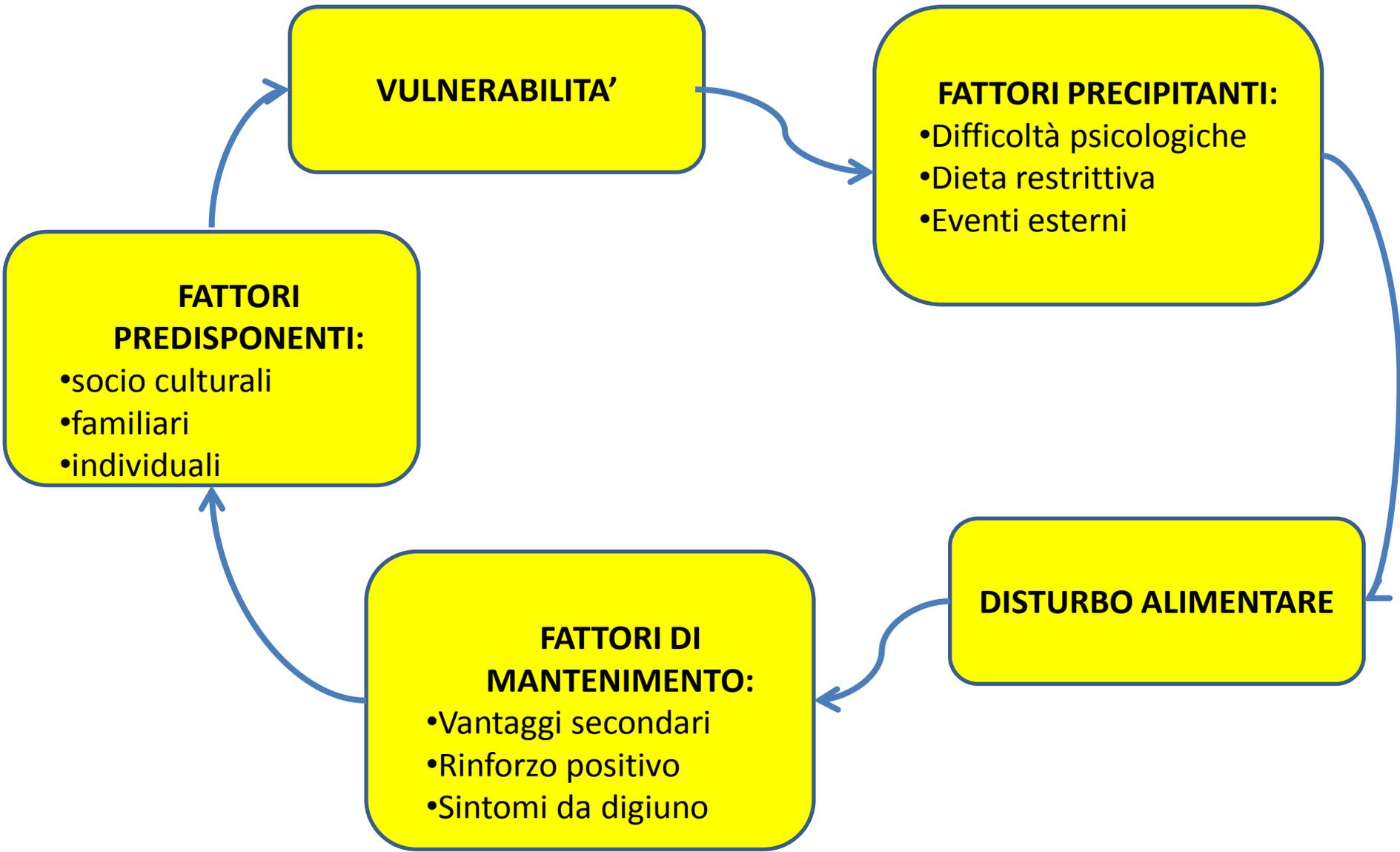
F. S. 1971

EVOLUTION...

# L'obesità ed i DCA sono mondi separati o uno spettro complesso ed articolato di patologie del comportamento?



# Multifattorialità dei DCA



### **FATTORI PRECIPITANTI:**

- Difficoltà psicologiche
- Dieta restrittiva
- Eventi esterni



- abuso
- separazioni genitoriali
- abbandoni o lutti
- fallimenti scolastici o sportivi
- esperienze sessuali traumatiche
- traumi psichici con incapacità di resilienza

## FATTORI DI MANTENIMENTO:

- Vantaggi secondari
- Rinforzo positivo
- Sintomi da digiuno

### Vantaggi secondari:

- Attenzione degli altri focalizzata su di sé
- Sensazione di controllare l'ambiente esterno

### Rinforzo positivo:

- Dimagrimento, sensazione di controllare introito cibo, corpo
- Euforia nelle fasi iniziali

### Atteggiamenti nei confronti del cibo:

- Preoccupazione per il cibo
- Collezione di ricette e libri di cucina
- Inusuali abitudini alimentari
- Incremento del consumo di caffè, tè, spezie
- Occasionale ingestione esagerata di cibo

### Modificazioni emotive e sociali:

- Depressione, Ansia, Irritabilità, rabbia, Labilità emotiva
- Cambiamenti di personalità

### Modificazioni cognitive:

- Diminuita capacità di concentrazione
- Diminuita capacità di pensiero astratto
- Apatia, Isolamento sociale

### Modificazioni fisiche:

- Magrezza, debolezza, diminuzione interesse sessuale



# Tratti di personalità di pazienti affetti da Anoressia Nervosa

- Persistenti
- Rigide
- “Iperconformi”
- Inibite
- Iperpreoccupate

Tratti indipendenti dallo stato di malattia  
Lilenfeld 2010, Abbate Daga et al. 2011

**Casper et al. 1992; Vitousek e Manke 1994; Fassino et al. 2002, 2004, 2010**

## Major Depression and Avoidant Personality Traits in Eating Disorders

*Giovanni Abbate Daga<sup>a</sup>, Carla Gramaglia<sup>a</sup>, Ursula Bailer<sup>b, c</sup>, Stefania Bergese<sup>a</sup>, Enrica Marzola<sup>a</sup>, Secondo Fassino<sup>a</sup>*

## Eating Disorders and Major Depression: Role of Anger and Personality

*Abbate-Daga Giovanni, Gramaglia Carla, Marzola Enrica, Amianto Federico, Zuccolin Maria, and Fassino Secondo*

2011

Hindawi Publishing Corporation  
Depression Research and Treatment  
Volume 2011, Article ID 194732, 7 pages  
doi:10.1155/2011/194732

# Caratteristiche neuropsicologiche

- Attenzione
- Memoria di lavoro
- Apprendimento
- Abilità visuospaziali
- **Inflessibilità cognitiva**
- **Deficit di coerenza centrale**

Cognitive flexibility in verbal and nonverbal domains and decision making in anorexia nervosa patients: a pilot study

Giovanni Abbate-Daga<sup>1\*</sup>, Sara Buzzichelli<sup>1</sup>, Federico Amianto<sup>1</sup>, Giuseppe Rocca<sup>1</sup>, Enrica Marzola<sup>1</sup>, Shawn M McClintock<sup>2,3</sup> and Secondo Fassino<sup>RPP Riabilitazione Psiconutrizionale</sup>  
Progressiva

2011

BMC  
Psychiatry



# I DCA nell'infanzia

RPP Riabilitazione Psiconutrizionale  
Progressiva

THE AMERICAN PSYCHIATRIC PUBLISHING

## Textbook of Child and Adolescent Psychiatry

Third Edition

*Edited by*

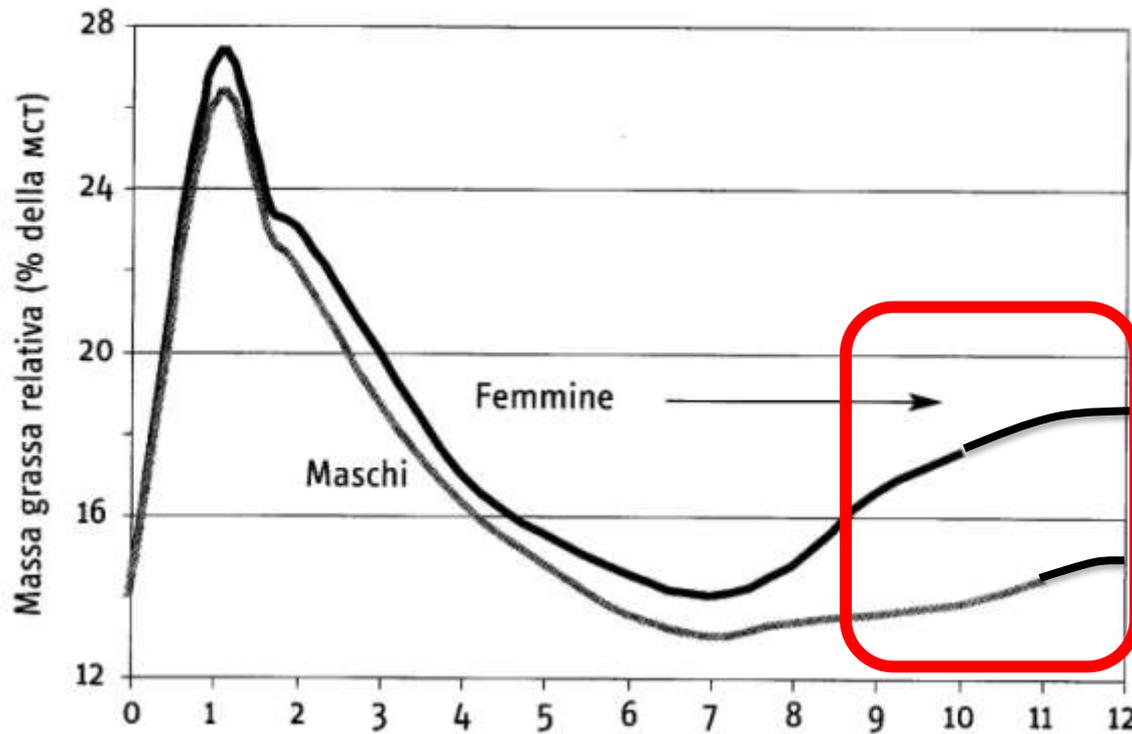
Jerry M. Wiener, M.D.  
Mina K. Dulcan, M.D.

# L'età evolutiva

- **Infanzia** (tempo compreso dalla nascita alla pubertà):
  - 1° infanzia 0 – 3 anni
  - 2° infanzia 3 – 6 anni
  - 3° infanzia 6 anni – inizio sviluppo puberale
- **Pubertà** (tempo compreso tra la comparsa dei caratteri sess. secondari e l'acquisizione funzionale delle gonadi):
  - Femmine 8 – 13 anni
  - Maschi 10 – 15 anni
- **Adolescenza:**
  - A. Cronologica: dalla pubertà all'età in cui termina l'accrescimento staturale (18-20 a. femmine; 20-21 maschi)
  - A. psicosociale: ??? Indipendenza economica ???

# Età evolutiva e composizione corporea

**Figura 1.1.** Massa grassa relativa (espressa come percentuale della MCT, massa corporea totale). Variazioni da 0 a 12 anni, nei maschi e nelle femmine. Si noti il diverso profilo, nei due sessi, dell'*adiposity rebound* (freccia)



Modificato da: **Anoressia Bulimia Obesità** (Cuzzolaro et al., Carocci ed. 2009)

Failure  
to  
Thrive



J Am Diet Assoc. 2004 Jan;104(1 Suppl 1):s57-64.

**Prevalence of picky eaters among infants and toddlers and their caregivers' decisions about offering a new food.**

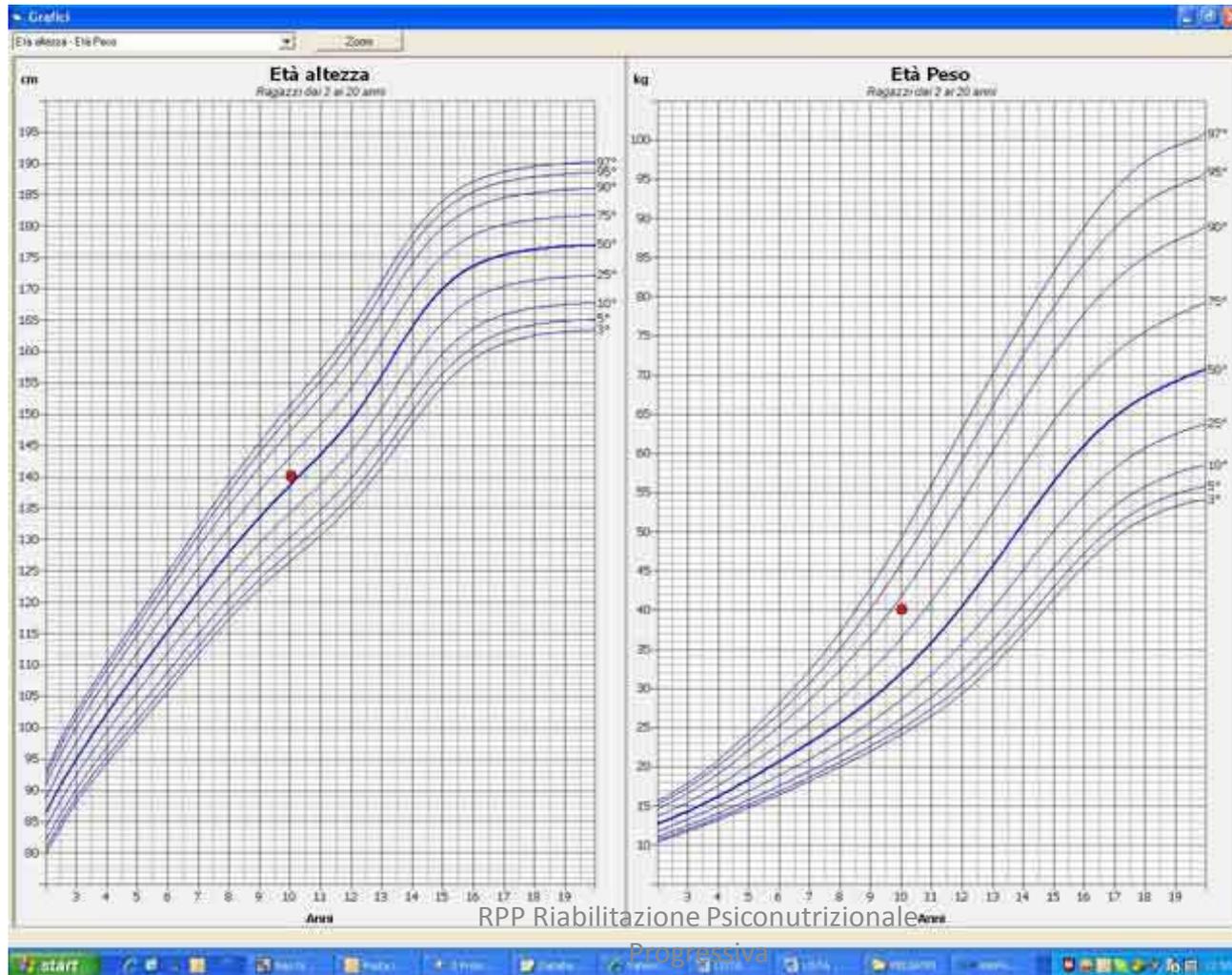
[Carruth BR](#), [Ziegler PJ](#), [Gordon A](#), [Barr SI](#).

The percentage of children identified as picky eaters (schizzinosi) by their caregivers increased from 19% to 50% from 4 to 24 months. Picky eaters were reported at all ages for both sexes, all ethnicities, and all ranges of household incomes.

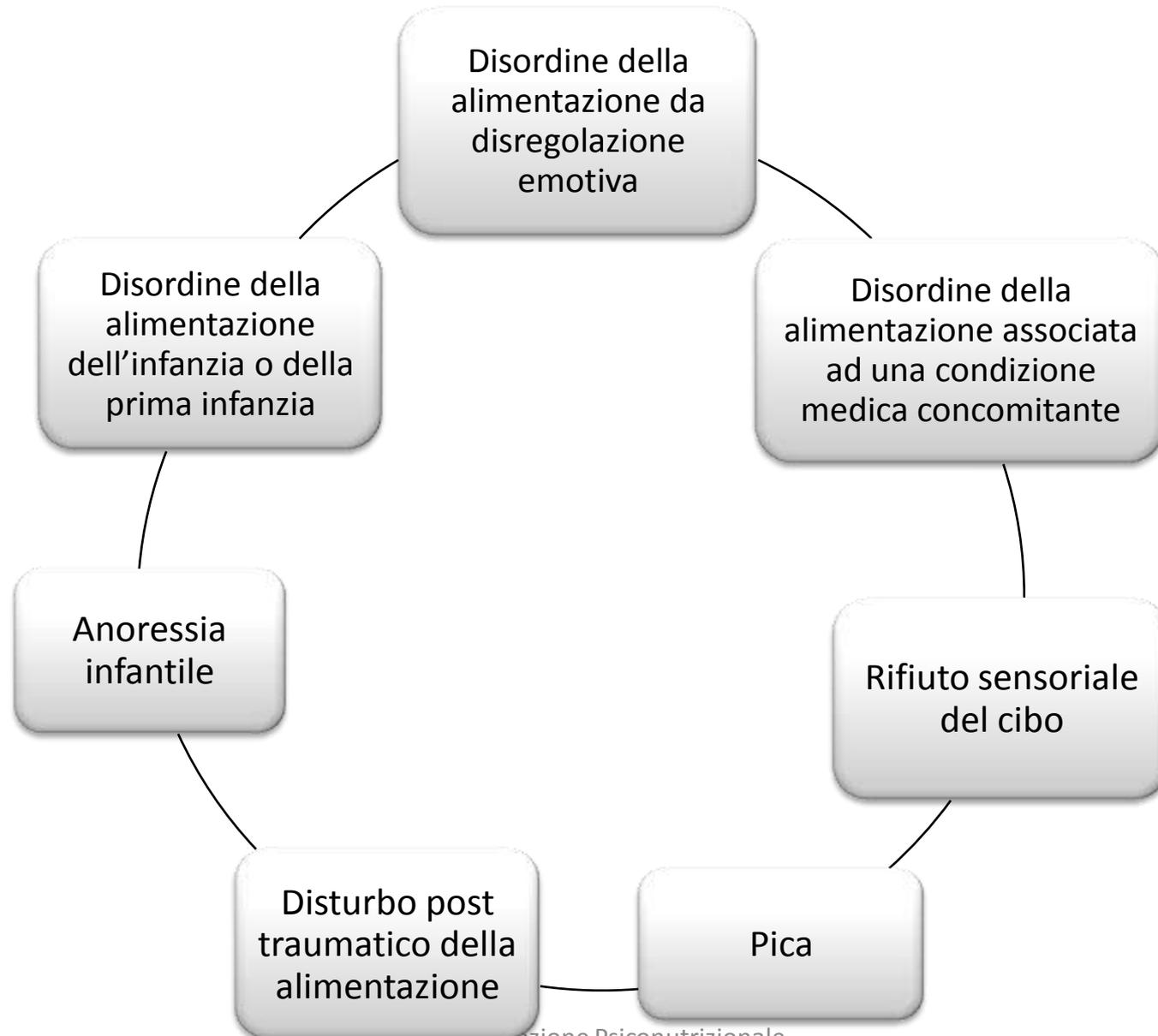
- Le difficoltà alimentari della prima infanzia sono tra le più frequenti ragioni di consultazione pediatrica:
  - Rifiuto transitorio del cibo
  - Rigide preferenze alimentari
  - Comportamenti conflittuali durante i pasti

# I percentili e le curve di crescita

La valutazione dei parametri “peso”, altezza” e “BMI”, *in funzione dell'età*, viene espressa da Curve Standard. Non hanno pertanto un valore assoluto, ma abbastanza indicativo specialmente quando si discostano in modo sensibile o mostrano grosse discrepanze dai modelli di crescita normali. I valori ricavati dalle misurazioni si esprimono in Centili che comprendono tutti i 99 valori in una serie ordinata di dati statistici che dividono la serie in 100 gruppi uguali (per es. il 50° percentile è la media aritmetica di tutti i dati entro questo ambito di normalità).



# DCA in età infantile\evolutiva



# I DCA dell'infanzia 1/5

## Disordine della alimentazione dell'infanzia o della prima infanzia

- Disturbo della alimentazione che si manifesta con un persistente fallimento nel mangiare adeguatamente con deficit del normale incremento ponderale o significativa perdita di peso
- Il disturbo non è dovuto ad una condizione gastroesofagea o medica generale
- Il disturbo non è preceduto da altro disordine mentale né dalla mancanza di cibo

## Disordine della alimentazione da disregolazione emotiva

- Il bambino ha difficoltà nel raggiungere e mantenere uno stato di calma o di prontezza per mangiare; è troppo sonnolento o agitato o afflitto per mangiare
- La difficoltà di alimentazione inizia nel periodo della nascita
- Il bambino manifesta un significativo fallimento nel guadagnare peso o manifesta calo ponderale

# I DCA dell'infanzia 2/5

## Disordine della alimentazione nel rapporto bambino - caregiver

- Il bambino manifesta una perdita nello sviluppo di appropriati segni di reciprocità con il caregiver principale durante l'alimentazione
- Il bambino manifesta un significativo deficit di crescita
- Il deficit di crescita e la perdita relazionale non è dovuta a un disordine fisico né ad un disturbo pervasivo dello sviluppo

## Rifiuto sensoriale del cibo

- Il bambino rifiuta in maniera consistente di mangiare cibo con specifico odore, forma o colore
- L'esordio del rifiuto di cibo avviene durante la introduzione di diversi tipi di cibo (ad es mangia carote ma rifiuta piselli ecc.)
- Il bambino mangia senza difficoltà i cibi graditi
- Il rifiuto di cibo produce uno specifico deficit nutrizionale o un ritardo dello sviluppo **motorio orale**

# I DCA dell'infanzia 3/5

Disordine della alimentazione associata ad una condizione medica concomitante

- Il bambino inizia prontamente a mangiare ma mostra afflizione durante la alimentazione e rifiuta di proseguirla
- Vi è una concomitante condizione medica ritenuta causa dell'afflizione
- La gestione medica migliora ma non allevia del tutto il problema di alimentazione
- Il bambino non guadagna peso adeguatamente o lo perde

Pica

- Persistente ingestione di sostanze non nutritive per almeno un mese
- L'assunzione di sostanze non nutritive è inappropriato per il livello di sviluppo
- Il comportamento alimentare non fa parte di una pratica stabilita culturalmente
- Se il comportamento alimentare decorre esclusivamente nel corso di un altro disturbo psichico è sufficientemente severo da richiedere attenzione clinica

# I DCA dell'infanzia 4/5

## Disturbo post traumatico della alimentazione

1. Il rifiuto del cibo segue un evento traumatico o ripetuti insulti traumatici dell'orofaringe o del tratto gastrointestinale (vomito severo, reflusso, SNG, intubazione endotracheale)
2. Il rifiuto di cibo si manifesta in uno dei seguenti modi:
  - Rifiuta di bere dal biberon ma accetta dal cucchiaino
  - Rifiuta cibi solidi ma accetta il biberon
  - Rifiuta ogni alimentazione orale
3. Il ricordo dell'evento stressante causa ansia che si manifesta in uno dei seguenti modi:
  - Manifesta ansia anticipatoria quando posizionato per mangiare
  - Mostra intensa resistenza quando avvicinato col biberon o col cibo
  - Intensa resistenza ad inghiottire il cibo posto in bocca
4. Il rifiuto di cibo è un rischio acuto o cronico per la nutrizione

# I DCA dell'infanzia 5/5

## ANORESSIA INFANTILE

- Rifiuto di mangiare una adeguata quantità di cibo per almeno un mese
  - Esordio del rifiuto del cibo entro il 3° anno; frequentemente durante la transizione all'alimentazione da cucchiaino o al mangiare da solo
  - Il bambino non comunica segnali di fame e perde interesse per il cibo ma mostra forte interesse nella esplorazione/interazione con il caregiver
- Il bambino mostra significativo deficit di crescita
  - Il rifiuto di cibo non consegue ad un evento traumatico
  - Il rifiuto di cibo non è dovuto ad una sottostante malattia

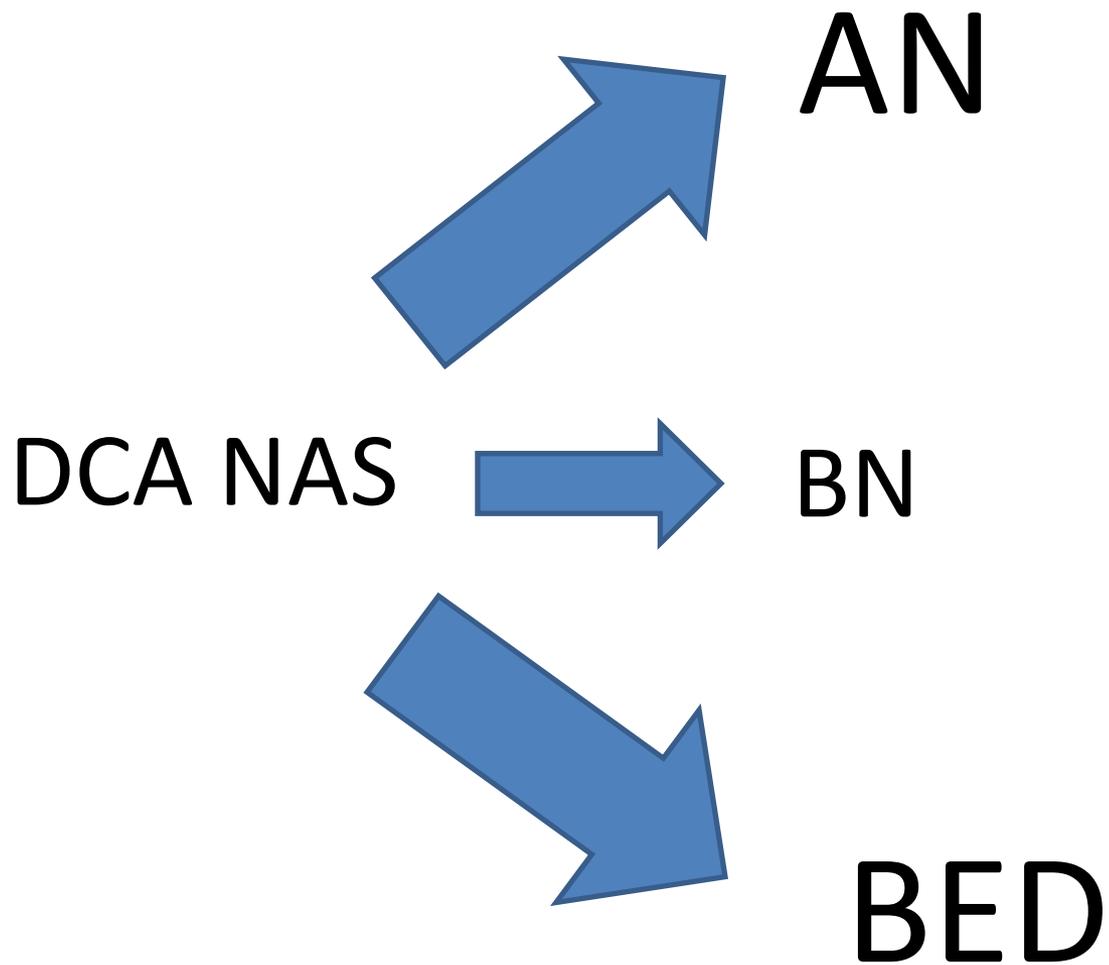


# I DCA nell' adolescenza ed età adulta

# Feeding and Eating Disorders In DSM 5 – The facts

Among the most substantial changes are recognition of binge eating disorder, revisions to the diagnostic criteria for anorexia nervosa and bulimia nervosa, and inclusion of pica, rumination and avoidant/restrictive food intake disorder. DSM-IV listed the latter three among Disorders Usually First Diagnosed in Infancy, Childhood, or Adolescence, a chapter that will not exist in DSM-5.

The Eating Disorders Work Group intended for DSM-5 changes to minimize use of the catch-all diagnoses of Other Specified Feeding and Eating Disorder and Unspecified Feeding and Eating Disorder.



# CRITERI DSM 5 vs DSM 4 TR ANORESSIA NERVOSA

## DSM IV TR

- A. Rifiuto di mantenere il peso corporeo ai di sopra o al peso minimo normale per l'età e la statura ... incapacità di raggiungere il peso previsto durante il periodo della crescita in altezza
- B. Intensa paura di acquistare peso o di diventare grassi, anche quando si è sottopeso
- C. Alterazione del modo in cui il soggetto vive il peso o la forma del corpo, o eccessiva influenza del peso e della forma del corpo sui livelli di autostima, o rifiuto di ammettere la gravità della attuale condizione di sottopeso.
- D. Nelle femmine dopo il menarca, amenorrea, cioè assenza di almeno tre cicli mestruali consecutivi.

## DSM 5

- A. Restrizione dell'apporto energetico rispetto al necessario, che conduce a un peso corporeo significativamente basso tenendo conto dell'età, del sesso, della traiettoria evolutiva e dello stato di salute fisica. Si intende per peso significativamente basso un peso che è inferiore al minimo normale o, per i bambini e gli adolescenti, inferiore a quello minimo atteso
- B. Intensa paura di acquistare peso o di diventare grasso, o comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, anche in presenza di un peso significativamente basso
- C. Alterazione del modo in cui il soggetto vive il proprio peso o la forma del proprio corpo, eccessiva influenza del peso o della forma del corpo sui livelli di autostima, o persistente rifiuto di ammettere la gravità della attuale condizione di sottopeso

**Specificare il sottotipo**

**Tipo restrittivo:** Durante gli ultimi 3 mesi, l'individuo non ha avuto ricorrenti crisi bulimiche o condotte di eliminazione (cioè vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi). Questo sottotipo descrive quei casi in cui la perdita di peso è ottenuta primariamente attraverso la dieta, il digiuno e/o l'esercizio fisico eccessivo

**Tipo con crisi bulimiche/condotte di eliminazione:** Durante gli ultimi 3 mesi, l'individuo ha avuto ricorrenti crisi bulimiche o condotte di eliminazione (cioè vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi)

**Specificare il livello attuale di gravità**

Il livello minimo di gravità è basato, per gli adulti, sull'attuale indice di massa corporea o, per i bambini e gli adolescenti, sul percentile dell'indice di massa corporea. **Il livello di gravità** può essere aumentato tenendo conto dei sintomi clinici, del grado di disabilità funzionale e del bisogno di supervisione

Lieve	Indice di massa corporea	≥ 17 kg/m <sup>2</sup>
Moderato	Indice di massa corporea	16-16,99 kg/m <sup>2</sup>
Grave	Indice di massa corporea	15-15,99 kg/m <sup>2</sup>
Estremo	Indice di massa corporea	< 15 kg/m <sup>2</sup>

**15,73** BMI  
MEDIO UTENTI  
RESIDENZIALI  
DCAP

## Bulimia Nervosa

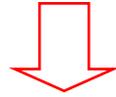
Bulimia nervosa is characterized by frequent episodes of binge eating followed by inappropriate behaviors such as self-induced vomiting to avoid weight gain.

In addition, the scheme distinguishing purging and nonpurging subtypes was eliminated, since data did not support the clinical utility of this distinction

DSM-5 criteria reduce the frequency of binge eating and compensatory behaviors that people with bulimia nervosa must exhibit, to once a week from twice weekly as specified in DSM-IV.

Quantità di cibo  
elevata

Quantità di cibo  
percepita come  
eccessiva



**Abbuffata  
compulsiva  
oggettiva**

**Abbuffata  
compulsiva  
soggettiva**

Perdita di  
controllo



Perdita di  
controllo



Assenza di  
perdita di  
controllo



Assenza di  
perdita di  
controllo



Quantità di cibo  
elevata

Quantità di cibo  
percepita come  
eccessiva



Finally, as was the case in DSM-IV,

**obesity is not included in DSM-5 as a mental disorder.**

Obesity results from the long-term excess of energy (calorie) intake relative to energy expenditure. Genetic, physiological, behavioral, and environmental factors that vary across individuals contribute to the development of obesity; thus, obesity per se is not considered a mental disorder.

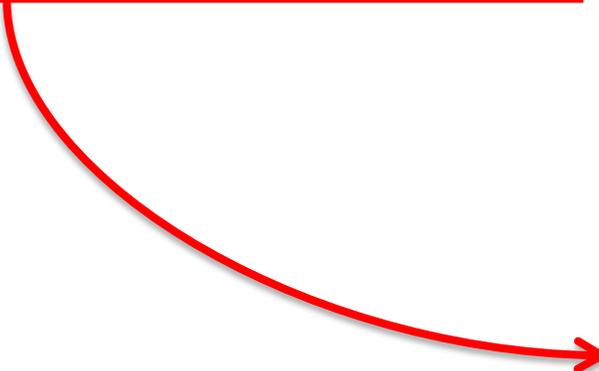
However, there are robust associations between obesity and a number of psychiatric disorders (for example, binge-eating disorder, mood disorders, and schizophrenia) as an associated feature of the disorder or its treatment.

Therefore, while obesity is not a psychiatric disorder, it is a highly prevalent condition important for psychiatrists and other mental health professionals to consider in managing their patients



In recent years, clinicians and researchers have realized that a significant number of individuals with eating disorders did not fit into the DSM-IV categories of anorexia nervosa and bulimia nervosa. By default, many received a diagnosis of “eating disorder not otherwise specified.”

Studies have suggested that a significant portion of individuals in that “not otherwise specified” category may actually have binge eating disorder



**Binge Eating  
Disorder**

# Il disturbo da alimentazione incontrollata: **LA DIAGNOSI**

## **CLINICA:**

Disturbo da alimentazione incontrollata

### **Abbuffate**

elevata quantità di cibo in poco tempo + sensazione di perdita di controllo

### **Sensazioni**

Rapidità  
Pienezza  
Sazietà spiacevole  
Mancanza fame  
Imbarazzo  
Disgusto

### **Comportamenti**

Mancanza di comportamenti compensatori (vomito, lassativi, digiuno, attività Fisica)

Diagnosi differenziale con la BULIMIA NERVOSA

## **TESTISTICA:**

**BES** (binge eating scale):

>17 possibile BED

>27 molto probabile BED

**BITE** (bulimic investigation test edimbourgh)

**SCL 90** (inventario psicopatologia generale)

# PREVALENZA DEL BED

studi self report		prev femm	prev masc	note
Spitzer, 1992	POPGEN	2.5%	1.1%	Difficile distinzione tra bed e bn non purging
Spitzer, 1992	<u>OBESI TRAT</u>	<u>31.9%</u>	<u>20.8%</u>	
Smith et al., 1998	BIANCHI	2.0%	1.2%	
POPGEN	NERI	2.2%	0.4%	
Spitzer, 2000	3000 donne centri ginecolog	4%		
Diez-Quevedo, 2001	1003 paz osp.gen. (M+F)	5.3%		Prevalenza non suddivisa per sesso

# PREVALENZA DEL BED

studi con interviste	prev femm	prev masc	note
Kinz et al., 1999 popgen 1000 F tra le normopeso tra le sovrappeso tra le obese	3% 4.1% 8.5%		
Hay, 1998	1%		Non specificato il sesso
Hay, 1998 Binge >2/sett	3.4%	3%	

# PREVALENZA DEL BED

STUDI con interviste	PREV FEMM	PREV MASC	NOTE
<b>Garfinkel et al., 1995+2001</b> 8116 persone > 14 anni			
<u>Criteria completi x bulimia nerv</u>	<u>1.46%</u>	<u>0.13%</u>	Lo studio mostra come la prevalenza di episodi di abbuffate sia simile tra maschi e femmine ma le femmine ricorrono molto di più a comportamenti di compenso. Questo maggior ricorso potrebbe giustificare la > prevalenza di BN nelle femmine
<u>Episodi di binge &gt; 2/settimana</u>	<u>3.2%</u>	<u>3.2%</u>	

# BED e obesità - distribuzione

✓ BED è più comune tra le donne in sovrappeso che cercano un trattamento per il peso che tra quelle che non lo cercano

Spitzer, 1993

# BED e obesità - prevalenza

## PREVALENZA DEL BED

---

### NELLA COMUNITÀ

2 – 5%

Sono sovrappeso tra i BED

50%

BED tra i sovrappeso

5%

Distribuzione x sesso (f:m)

65:35

### BED tra PARTECIPANTI Progr. CONTROLLO PESO 16 – 30%

Overeaters anonymous

70%

*Richiesta chirurgia bariatrica*

33– 47%

# BED e obesità - caratteristiche

## obesi BED vs. obesi non BED

- ✓ Hanno un esordio di obesità più precoce
- ✓ Iniziano prima i tentativi di dieta
- ✓ Si preoccupano del loro peso precocemente
- ✓ Riportano una maggior fluttuazione ponderale
- ✓ Spendono più tempo, da adulti, per cercare di perdere peso

# BED e obesità - caratteristiche

## obesi BED vs. obesi non BED

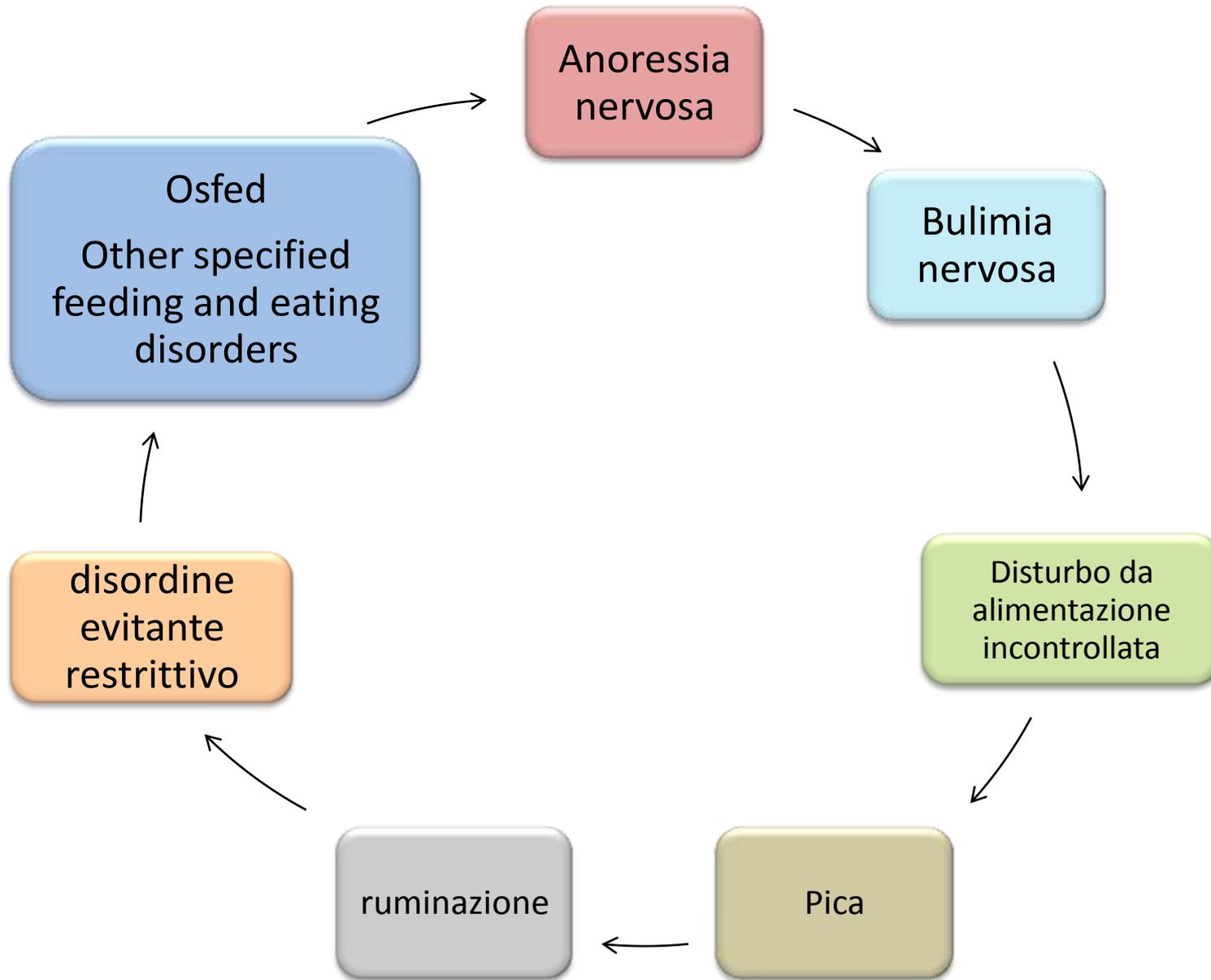
- ✓ Non evidenze che i BED siano più soggetti a conseguenze mediche che gli altri obesi se controllano il peso
- ✓ Non sono riscontrabili differenze in P.A., composizione corporea, glicemia, insulinemia, assetto lipidico, funzionalità tiroidea
- ✓ Non pare esistere correlazione tra severità del BED e diabete tipo 2

# OSFED

## Other specified feeding and eating disorders

- PURGING DISORDER
- NIGHT EATING SYNDROME
- ....

# DCA in età adolescenziale\adulta DSM5



RPP Riabilitazione Psiconutrizionale  
Progressiva

# I «nuovi DCA» e la comorbidità psichiatrica



# practice applications

TOPICS OF PROFESSIONAL INTEREST

## What Is Pregorexia?

*Journal of the american dietetic association,  
vol. 109, n°6, June 2009*



Si tratta di un termine giornalistico molto in voga soprattutto negli USA che indica donne incinte che cercano di ridurre l'introito calorico, fanno iperattività o vomitano con lo scopo di controllare l'incremento di peso in corso di gravidanza. In Google si trovano già oggi 210.000 citazione alla voce **pregorexia**, centinaia di fotografie e decine di video

APP - Riabilitazione Psicodietetica

Progressiva

## 'Pregorexia': Extreme dieting while pregnant

By Kelly Wallace, CNN

November 20, 2013 -- Updated 2013 GMT (0413 HKT)

Pregorexia is not a formally recognized medical diagnosis. It is a term coined by the media, public and doctors in recent years to describe the eating disorder behaviors experienced by women while pregnant, which could include intense dieting and exercise, but also bingeing and purging.

### **30% of pregnant women in U.S. don't gain enough**

While there are no known statistics on just how many pregnant women experience pregorexia, it is estimated that about [30% of American women don't gain enough weight during pregnancy](#), according to Dr. Ovidio Bermudez, the chief medical officer at the [Eating Recovery Center](#) in Denver, Colorado.

# Vigorexia



Tipica degli uomini, si trova descritta anche con i termini di Anorexia Inversa, bigorexia e dismorfismo muscolare.

Il soggetto che ne è colpito, cerca in maniera spasmodica di aumentare la massa e la tonicità muscolare, nell'ambito di un disturbo della immagine corporea che gli fa apparire il corpo sempre emaciato e sottopeso.

E' presente costante iperattività con allenamenti protratti per ore durante l'arco della giornata, utilizzo di steroidi, ormone somatotropo (GH, growth hormone) ed insulina.

Costante checking corporeo con caratteristiche di ossessività nella assunzione del cibo e minuziosi controlli allo specchio.





RPP Riabilitazione Psiconutrizionale  
Progressiva

**Drunkorexia:** A term coined to refer to condition of binge drinking combined with the typical self-imposed starvation seen with [anorexia](#) nervosa. It has also been used to refer to individuals who use purging (as seen with [bulimia](#) nervosa) to try to reduce caloric intake to offset the calories consumed in alcohol. The typical individual described as a drunkorexic is a college-aged woman who is a binge drinker, starving all day in order to get drunk at night. The term has appeared in media reports but is not an officially recognized diagnostic term.

Circa 127.000 risultati (0,29 secondi)

## LA DRUNKOREXIA: la nuova moda dei disturbi alimentari

[www.psicologiae benessere.it/la-drunkorexia-la-nuova-moda-dei-disturbi...](http://www.psicologiae benessere.it/la-drunkorexia-la-nuova-moda-dei-disturbi...)

22/mar/2009 - Il termine "drunkorexia" deriva dalla fusione delle parole inglesi drunk e anorexia, cioè "alcolizzato/a" e anoressia, una via di mezzo tra ...

## La Drunkorexia | Benessere.com

[www.benessere.com](http://www.benessere.com) > ... > Dist. comportamento alimentare >

La drunkorexia fa parte dei disordini del comportamento alimentare e, come rivelano dati recenti, è un fenomeno in forte crescita tra gli adolescenti: si calcola ...

## Drunkorexia - Wikipedia, the free encyclopedia

[en.wikipedia.org/wiki/Drunkorexia](http://en.wikipedia.org/wiki/Drunkorexia) > Traduci questa pagina

Drunkorexia is a colloquialism for self-imposed starvation or binge eating/purging combined with alcohol abuse. Research on the combination of an eating ...

## Urban Dictionary: Drunkorexia

[it.urbandictionary.com/define.php?term=Drunkorexia](http://it.urbandictionary.com/define.php?term=Drunkorexia) >

A practice which has recently come to light with the exposure of pro-anorexia websites in the media... DRUNKOREXIA refers to the act of restricting...

## Drunkorexia

[www.healthyhorns.utexas.edu/drunkorexia.html](http://www.healthyhorns.utexas.edu/drunkorexia.html) > Traduci questa pagina

As a slang, non-medical term, Drunkorexia refers to someone who restricts food calories to make room for alcoholic drink calories. Others may purge their food ...

## Drunkorexia US - US News Health - US News & World Report



[health.usnews.com/.../the-eating-disorder-...](http://health.usnews.com/.../the-eating-disorder-...) > Traduci questa pagina

di Angela Haupt - in 294 cerchi di Google+

25/feb/2014 - The Eating Disorder Spectrum — From Pregorexia to Drunkorexia. From "orthorexia" to struggling with eating disorders in middle age, these ...

## Drunkorexia | Psychology Today

[www.psychologytoday.com/blog/.../drunkorexia-0](http://www.psychologytoday.com/blog/.../drunkorexia-0) > Traduci questa pagina

07/ott/2013 - Drunkorexia: The new fad diet for young women—Eat less... drink more. By Dale Archer, M.D....

## Drunkorexia definition - Medical Dictionary: Definitions of ...

[www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey...](http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey...) > Traduci questa pagina

Drunkorexia: A term coined to refer to condition of binge drinking combined with the

The term 'drunkorexia' is often used by the media to describe a set of behaviors that typically involve binge drinking on an empty stomach. The term is not typically used by clinicians, but these behaviors can cause problems and may be symptomatic of other issues such as an eating disorder or addiction.

This is a problem most often seen on college campuses and among young adult women. One survey at the University of Missouri found that 16% of those surveyed engaged in these behaviors.

## What are the symptoms of drunkorexia?

Because drunkorexia is not considered a diagnosable condition, there aren't any official symptom lists or diagnostic criteria. However, some of the general symptoms that are widely thought to constitute this issue are:

- ***Binge drinking***
- ***Drinking on an empty stomach***
- ***Restricting calories and/or meals in order to accommodate anticipated calories from alcohol***
- ***Restricting food in order to get drunker at a faster rate***
- ***Saving money that would normally be spent on food, to purchase alcohol***



# Doppia diagnosi e comorbilità psichiatrica

# “Comorbidity is the rule rather than the exception for patients with eating disorders.”

Comorbidity is the rule rather than the exception for patients with eating disorders...Obsessive compulsive traits or disorder, and anxiety disorders and some borderline traits, have been reported both before and after the onset of eating disorders, and are also diagnosed in family members. Bulimia nervosa and binge eating disorder are associated with affective disorders and with alcohol or substance misuse.

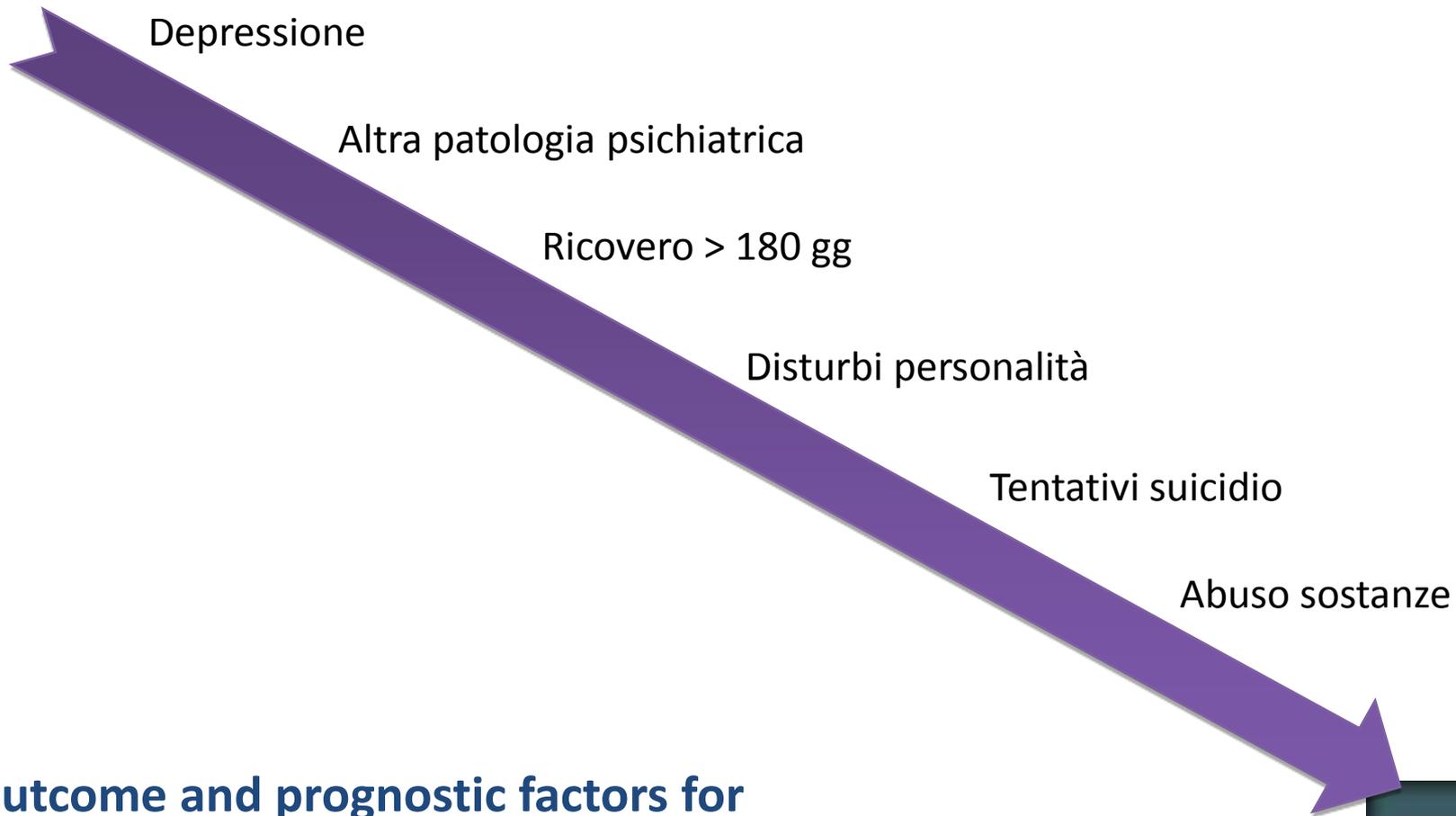
*(Treasure et al., 2010)*



# Comorbidità, mortalità e outcome della ANORESSIA NERVOSA

Comorbidità psichiatrica lifetime	Mortalità	Outcome
Disturbi d'ansia >50%	Complessiva 6%	Guarigione completa 30%
Disturbi personalità 40%	SMR suicidio 58%	Guarigione incompleta 20%
DOC e DPOC 16 – 35%	Tentativi di suicidio 22%	Permanenza di AN 6 – 10%
Disturbi depressivi 51 – 84%	SMR tutte la cause 9.6	Passaggio a: BN 22% DCANAS 14%

# Fattori di rischio maggiormente prognostici di un esito di salute povero



**Outcome and prognostic factors for adolescent female in-patients with anorexia nervosa: 9 to 14 years follow-up**

british journal of psychiatry, 2006

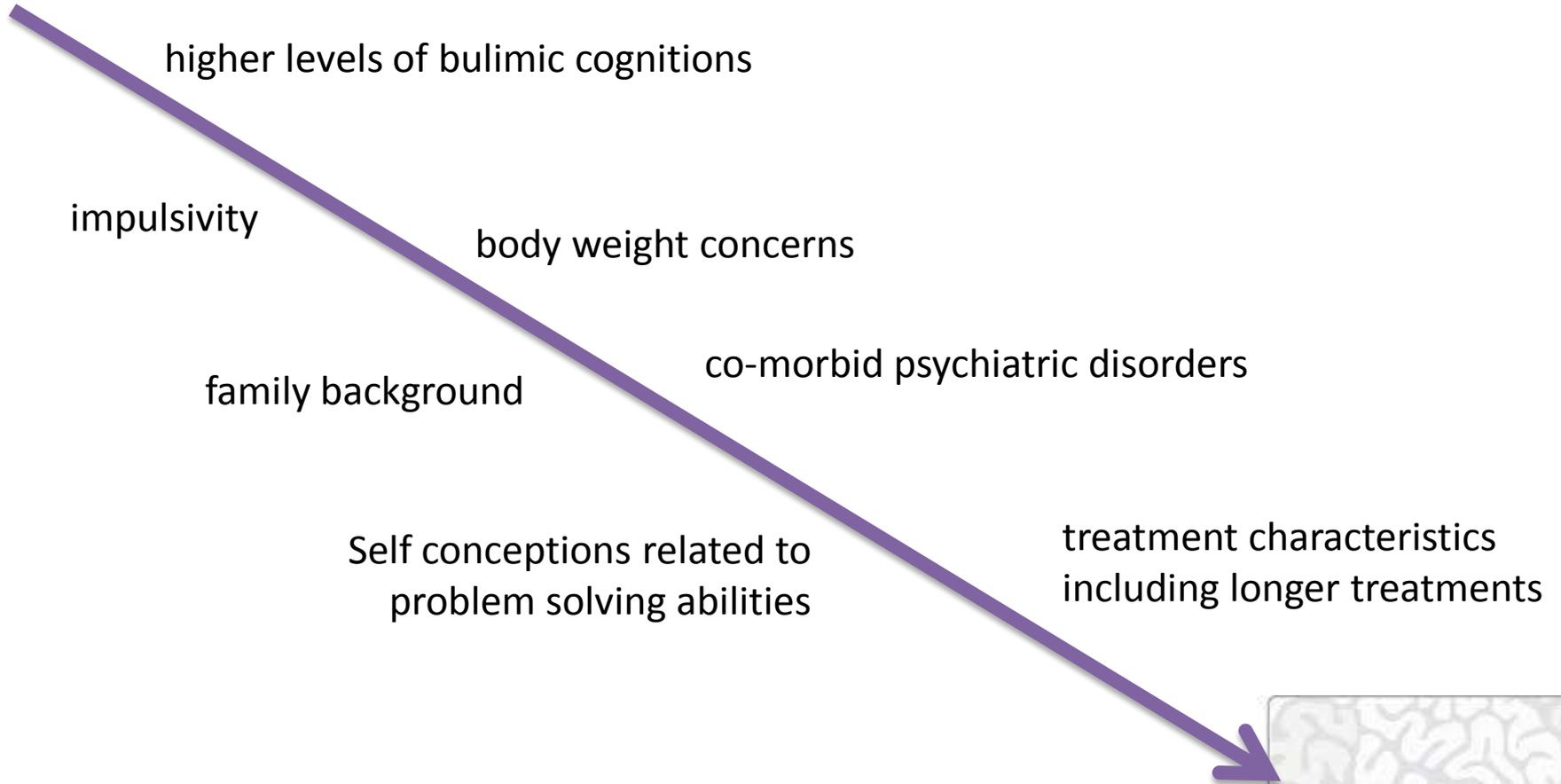
RPP Riabilitazione Psiconutrizionale  
Progressiva



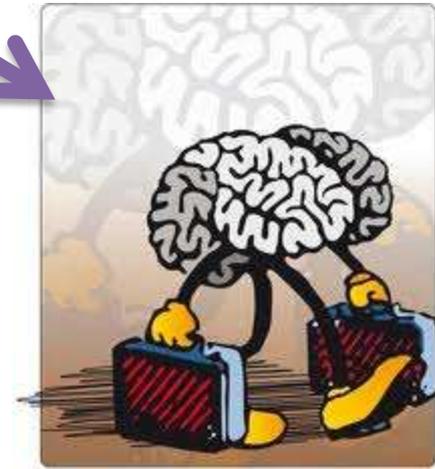
# Comorbidità, mortalità e outcome della BULIMIA NERVOSA

Comorbidità psichiatrica lifetime	Mortalità	Outcome
Disturbi d'ansia 17-47%	Complessiva 1% a 6 anni	Remissione completa 8 aa: 74%
Disturbi personalità 4 – 10%	Tentativi di suicidio 11%	Outcome 5 anni: Buono 76% Intermedio 19% Scarso 2%
DOC e DPOC 25%	SMR compl 2.36	Ricadute 8 aa: 35%
Dist. Depr. 58 – 80%		
Abuso sostanze 21 – 36%	RPP Riabilitazione Psiconutrizionale Progressiva	

# Fattori associati al drop out



*An Eating Disorder Randomized Clinical Trial & Attrition: Profiles & Determinants of Dropout*  
Int J Eat Disord. 2011



# EATING DISORDERS & NSSI

# Definizione di NSSI

Nonsuicidal self-injury (NSSI) refers to any socially unacceptable behavior involving direct and deliberate destruction of one's own body tissue without suicidal intent [1,2] such as scratching, cutting, hitting, and burning oneself.

# Tipologie di autolesionismo

Cutting (tagliarsi)

Scratching (graffiarsi)

Bruising (prodursi lividi)

Burning (bruciarsi)

Hitting (colpirsi)

# Emotional States Preceding and Following Acts of Non-Suicidal Self-Injury in Bulimia Nervosa Patients

Prevalenza di NSSI (danno volontario di un tessuto corporeo senza finalità suicidarie) :

- tra i giovani adolescenti 4-38%
- tra gli adolescenti ricoverati 30 – 68%

La prevalenza cresce nei giovani con disturbi borderline di personalità e nella bulimia nervosa.

- La gestione di esperienze emotive negative pare essere un predittore eziologico e di mantenimento della BN.
- Analogamente gli NSSI rappresentano un comportamento evitante gli stati emotivi negativi.

*Jennifer J. Muehlenkamp, et al.*  
*Behav Res Ther. 2009 January; 47(1): 83–87*

# NSSI E DCA

PRESENZA NSSI PER QUADRO CLINICO	
A.N. RESTRITTIVA	13.6 – 42.1%
A.N. BINGEING PURGING	27.8 – 68.1%
B.N.	26 – 55.2%

Svirko E, Hawton K. Self-injurious behavior and eating disorders: the extent and nature of the association.

Suicide Life Threat Behav 2007;37:409-21.

Riduce la tensione

NSSI

Riduce la rabbia

Autopunisce

Trasforma il dolore emotivo

In dolore fisico



# Linee guida ed evidenza di efficacia nel trattamento dei DCA

RPP Riabilitazione Psiconutrizionale  
Progressiva

# DCA ed EVIDENCE BASED

- Come per molte patologie anche per i dca esistono dei trattamenti basati sulle evidenze
- Vi sono inoltre numerose raccomandazioni e linee guida di società scientifiche e/o di ministeri

# Le fonti

- **Obesità, sindrome plurimetabolica e rischio cardiovascolare: consensus sull'inquadramento diagnostico-terapeutico** (Ministero della Salute, 2003)
- **Eating disorder: core intervention in the management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related disorders** (National Institute for Clinical Excellence, 2004)
- **Position of the american dietetic association: nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa and EDNOS** (ADA, 2001)
- **Australian and new zealand clinical guideline for the treatment of A.N.** (2004)
- **Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders** (American Psychiatric Association, 2000; 2006)
- **Eating disorders in adolescent girls and young adult women with type 1 diabetes** (Diabetes Spectrum, 2002)
- **Index to position statements on eating disorders** (paediatric canadian association, 2001)
- **Eating Disorders: Facts About Eating Disorders and the Search for Solutions** (National Institute of Mental Health, USA, 2001)
- **Diagnostic et traitement des troubles des conduites alimentaires des adolescents: anorexie mentale et boulimie nerveuse** (Académie Nationale de Médecine, France, 2002)

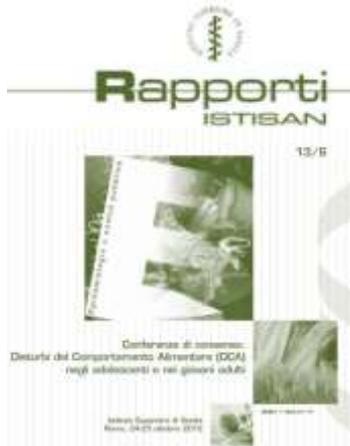
# Le fonti

- **Eating disorders in adolescents: Principles of diagnosis and treatment** [Adolescent Medicine Committee](#), Canadian Paediatric Society (CPS) Paediatr Child Health 1998;3(3):189-92 Reference No. AM96-04 Reaffirmed February 2008
- **Interventions for preventing eating disorders in children and adolescents** Pratt BM, Woolfenden S published in The Cochrane Library 2009, Issue 1
- **Self-help and guided self-help for eating disorders** Perkins SSJ, Murphy RRM, Schmidt UUS, Williams C published in The Cochrane Library 2009, Issue 1
- **What is an eating disorder ?** Mental Health and Workforce Division of the Australian Government, 2009
- **Eating Disorders in Scotland Recommendations for Management and Treatment**, 2006
- **Linee di indirizzo tecnico per la costruzione di percorsi clinici per persone affette da Disturbi del Comportamento Alimentare** Regione Emilia Romagna 2010
- **Atto di indirizzo e coordinamento per l'avvio sperimentale di un sistema di interventi in materia di "Disturbi del Comportamento Alimentare** Regione Veneto 1999
- **La rete per il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare, documento di consenso** FVG 2013

# Le fonti - Cochrane

- **Antidepressants versus psychological treatments and their combination for bulimia nervosa (Review)** Hay PPJ, Claudino AM, Kaio MH The Cochrane Collaboration. In *The Cochrane Library, 2010, Issue 4*
- **Family therapy for anorexia nervosa** C.A. Fisher, S.E. Hetrick, N. Rushford The Cochrane Collaboration. In *The Cochrane Library, 2010, Issue 6*
- **Individual psychotherapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa (Review)** Hay PPJ, Bacaltchuk J, Byrnes RT, Claudino AM, Ekmejian AA, Yong PY The Cochrane Collaboration. In *The Cochrane Library, 2010, Issue 4*
- **Psychological treatments for bulimia nervosa and bingeing (review)** Hay PPJ, Bacaltchuk J, Stefano S, Kashyap P The Cochrane Collaboration. In *The Cochrane Library, 2009, Issue 4*
- **Self-help and guided self-help for eating disorders (Review)** Perkins SSJ, Murphy RRM, Schmidt UUS, Williams C The Cochrane Collaboration. In *The Cochrane Library, 2010, Issue 4*

# LE FONTI ITALIANE



**Conferenza di consenso  
Disturbi del Comportamento Alimentare  
(DCA) negli adolescenti e nei giovani adulti  
Istituto Superiore di Sanità  
Roma, 24-25 ottobre 2012**



**Quaderni del Ministero della Salute  
Appropriatezza clinica, strutturale e operativa  
nella prevenzione, diagnosi e terapia dei  
disturbi dell'alimentazione  
n. 17/22, luglio-agosto 2013**

# Le evidenze condivise



**LA VALUTAZIONE**  
di un paziente con un D.C.A.

**PRIMA DI INIZIARE IL TRATTAMENTO**

**è essenziale per poter determinare  
l'appropriato contesto di  
trattamento**

# Le evidenze condivise



**La valutazione deve essere interdisciplinare ed effettuata da un'equipe specialistica** che possa tradurre i risultati raggiunti in un percorso terapeutico strutturato o in precise indicazioni che portino alla presa in carico in strutture della rete regionale per i disturbi dell'alimentazione.

# Le evidenze condivise



L'Anoressia Nervosa comporta notevoli rischi a livello fisico. La consapevolezza del rischio, un monitoraggio attento e, se opportuno, uno stretto collegamento con un medico esperto sono aspetti importanti nella gestione delle complicanze fisiche dell'Anoressia Nervosa.

Pazienti con Bulimia Nervosa possono presentare notevoli problemi a livello fisico, conseguenza di una serie di comportamenti associati ad una condizione scompensata. La consapevolezza del rischio e un monitoraggio attento devono coinvolgere tutti i professionisti sanitari che sono in contatto con persone con questo disturbo.

# Le evidenze condivise



Due principi generali sono alla base del trattamento dei disturbi dell'alimentazione:

**l'approccio multidimensionale, interdisciplinare, pluriprofessionale integrato**, che coinvolge psichiatri, psicologi, internisti, nutrizionisti, endocrinologi, dietisti, fisioterapisti, educatori, tecnici della riabilitazione psichiatrica e infermieri;

**la molteplicità dei contesti di cura**, dalla gestione ambulatoriale a lungo termine alla riabilitazione intensiva – semiresidenziale e residenziale – indirizzata agli stati gravi di malnutrizione per difetto, alle fasi di instabilità e scompenso delle comorbidity somatiche e psichiatriche e all'avvio di una correzione stabile dello stile di vita (mirata, in particolare, all'alimentazione e all'attività fisica).

# Le evidenze condivise



Un trattamento psichiatrico dovrebbe essere predisposto per tutti i paz con un DCA

Gli obiettivi generali di tale trattamento sono:

- Stabilire e mantenere una alleanza terapeutica
- Coordinare le cure e collaborare con altri clinici coinvolti
- Valutare, curare e monitorare i sintomi ed i comportamenti
- Valutare, curare e monitorare le condizioni mediche generali
- Valutare , curare e monitorare lo stato ed il rischio psichico
- Provvedere alla valutazione ed al trattamento familiare

# Le evidenze condivise



La terapia dei disturbi dell'alimentazione richiede **strutture e personale specializzati**, che assicurino un approccio interdisciplinare sia per i trattamenti di tipo ambulatoriale sia per quelli intensivi di degenza parziale o totale. I livelli di terapia utili (ambulatorio, day-hospital, degenza) sono **prescelti in base al grado di gravità, dipendente dalle condizioni fisiche, psicologiche e familiari del paziente**. La disponibilità di tutti questi livelli di assistenza è da ritenersi necessaria.

# Le evidenze condivise



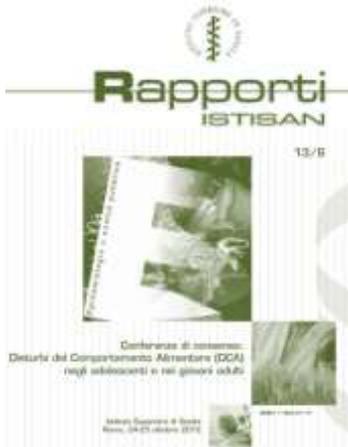
**Il luogo ideale per il trattamento dei disturbi dell'alimentazione è il contesto ambulatoriale.** Il trattamento ambulatoriale, infatti, non interrompe la vita del paziente, come accade con il day-hospital e il ricovero, e i cambiamenti effettuati tendono a persistere perché conseguiti dal paziente nel suo ambiente abituale di vita. Nonostante ciò, un certo numero di pazienti (circa il 30%) non risponde al trattamento ambulatoriale e ha bisogno di cure più intensive.

# Le evidenze condivise



- La scelta del contesto di trattamento per ciascun paziente dovrebbe essere operata sulla base di una *valutazione, preliminare e costante nel tempo*, delle condizioni mediche, psichiatriche e comportamentali

- Nella cura dei disturbi dell'alimentazione sono disponibili in Italia cinque livelli d'intervento:
  1. medico di medicina generale o pediatra di libera scelta;
  2. terapia ambulatoriale specialistica
  3. terapia ambulatoriale intensiva o centro diurno
  4. riabilitazione intensiva residenziale o riabilitazione psichiatrica
  5. ricoveri ordinari e di emergenza.



# Le evidenze condivise

Fattori da considerare nella scelta del contesto di trattamento



<b>COMORBIDITÀ PSICHIATRICA</b>	<b>COMORBIDITÀ PER ABUSO SOSTANZE, DEPRESSIONE, ANSIA.</b>	<b>NECESSITÀ DI STRUTTURA PER MANGIARE O GUADAGNARE PESO</b>	<b>ATTIVITÀ FISICA</b>
<b>SUICIDARIETÀ</b>	<b>MOTIVAZIONE, COOPERATIVITÀ CONTROLLO DELLE IDEE OSSESSIVE</b>	<b>COMPORTAM. PURGATIVO</b>	
<b>PERCENTUALE DI PESO CORPOREO RISPETTO ALL'OTTIMALE</b>	<b>CONDIZIONI MEDICHE</b>	<b>CONTESTO FAMILIARE</b>	<b>DISTANZA DAL LUOGO DI CURA</b>

# Le evidenze condivise



- I familiari dovrebbero normalmente essere inclusi nel trattamento di bambini ed adolescenti con DCA.
- L'intervento deve includere la comunicazione di informazioni, avvisi sulla gestione comportamentale e consigli per migliorare la comunicazione.

# Le evidenze condivise



Indipendentemente dall'attuazione di un intervento terapeutico specifico con la famiglia (come la terapia basata sulla famiglia), il programma di trattamento dovrebbe sempre prevedere, soprattutto per l'anoressia nervosa, un'attenzione particolare al rapporto con i genitori o il partner dei pazienti.

L'approccio più utilizzato è quello  
**psicoeducativo**

# Le evidenze condivise

NHS

Public Health  
Excellence

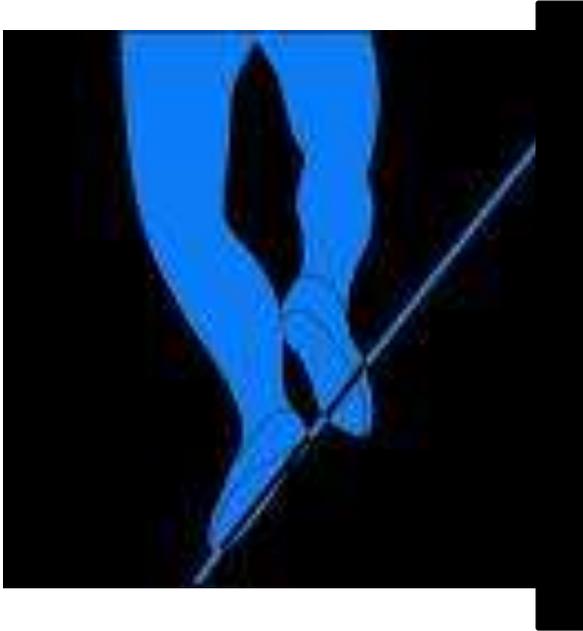
IL CALO DI PESO NON E' E NON  
DEVE ESSERE IL PRINCIPALE  
OBIETTIVO DEL TRATTAMENTO  
DEL BED.

**Informare il paziente dell'effetto limitato  
del trattamento psicologico sul peso**

Evidenza grado A

La RPP<sup>®</sup> Riabilitazione  
Psiconutrizionale Progressiva  
*ASSESSMENT PSICOLOGICO,  
PSICODIAGNOSTICO E CLINICO*





Il trattamento  
ambulatoriale dei DCA  
deve essere riservato a  
pazienti in condizioni di  
**BASSO RISCHIO** sia  
organico che psichico  
che comportamentale.  
Non deve essere  
protratto se non è  
evidente un risultato  
clinico

# L'atto del mangiare

- Dipende dalla disponibilità del cibo
- E' sottoposto ad un controllo volontario



# Le abitudini alimentari

- Sono influenzate da fattori fisiologici, psicologici e culturali
- Tendono a ripetersi in maniera regolare in giorni diversi:
  - *Orario dei pasti*
  - *Numero di portate*
  - *Uso ricorrente di alcuni alimenti*
  - *Modo di cucinare i cibi*



# Peso Corporeo: che cos'è ?

In fisica la forza peso (o, più brevemente, il peso) di un corpo è la **forza** che su di esso applica un campo gravitazionale.

Colloquialmente è frequente far coincidere, benché impropriamente da un punto di vista fisico, il *peso* di un corpo con la sua massa.

*Il peso corporeo umano è il peso del corpo di un essere umano.*

*È determinato dalla massa di tessuti, di organi e di liquidi che lo compongono.*

*Il peso corporeo, o meglio **la variazione del peso corporeo** oltre i limiti ideali (peso forma), è un parametro importante in medicina e dietologia.*

*Wikipedia, l'enciclopedia libera.*

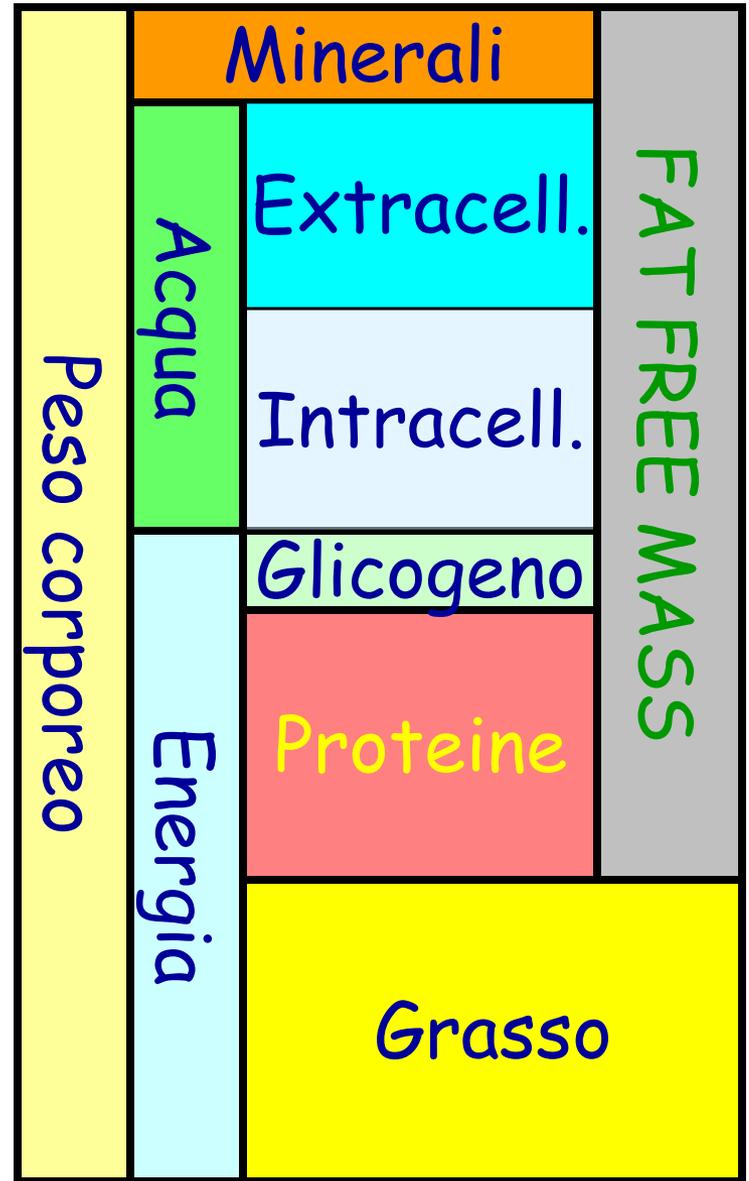
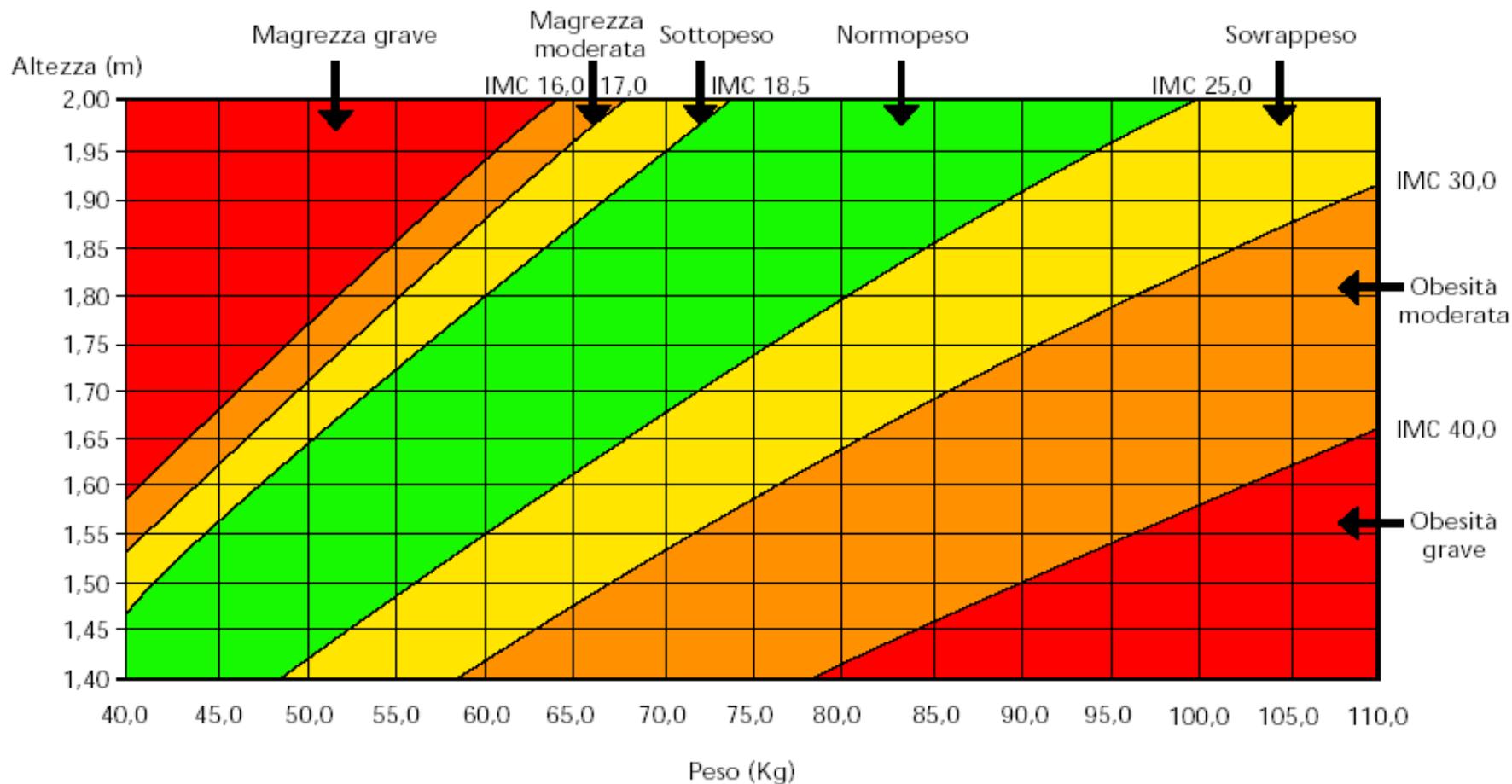


FIGURA 2

Schema per la valutazione dell'adeguatezza del peso corporeo negli adulti (età superiore a 18 anni)



# Riabilitazione Psiconutrizionale Progressiva <sup>TM</sup>

Nasce dalla considerazione che patologie complesse richiedono trattamenti articolati ed in grado di rispondere sia ai pensieri disfunzionali tipici dei DCA, sia ai comportamenti maladattativi sia ai bisogni nutrizionali, sia alle richieste delle famiglie

# Il pensiero ispiratore

- Costruire delle équipes specializzate e dedicate al trattamento dei DCA anche in presenza di comorlità psichiatrica
- Fornire trattamenti di cura e riabilitazione evidence based con un costante monitoraggio degli esiti di trattamento e con costi sostenibili
- Integrare trattamento sanitario e sociale in un continuum di interazioni con le agenzie del territorio (ULSS, scuole, privato sociale ecc.)
- Evitare/prevenire i ricoveri ospedalieri soprattutto in età pediatrica



Diminuire/Abolire il fenomeno dell'“abbandono” del paziente (a se stesso e alla famiglia), non tanto puntando alla classica "presa in carico" (che sottintende un rapporto di dipendenza) ma sviluppando invece la **“capacità dell'individuo di far fronte”**, avendo cioè l'obiettivo di far mantenere al singolo soggetto l'autonomia e le proprie "modalità riequilibranti" interne.



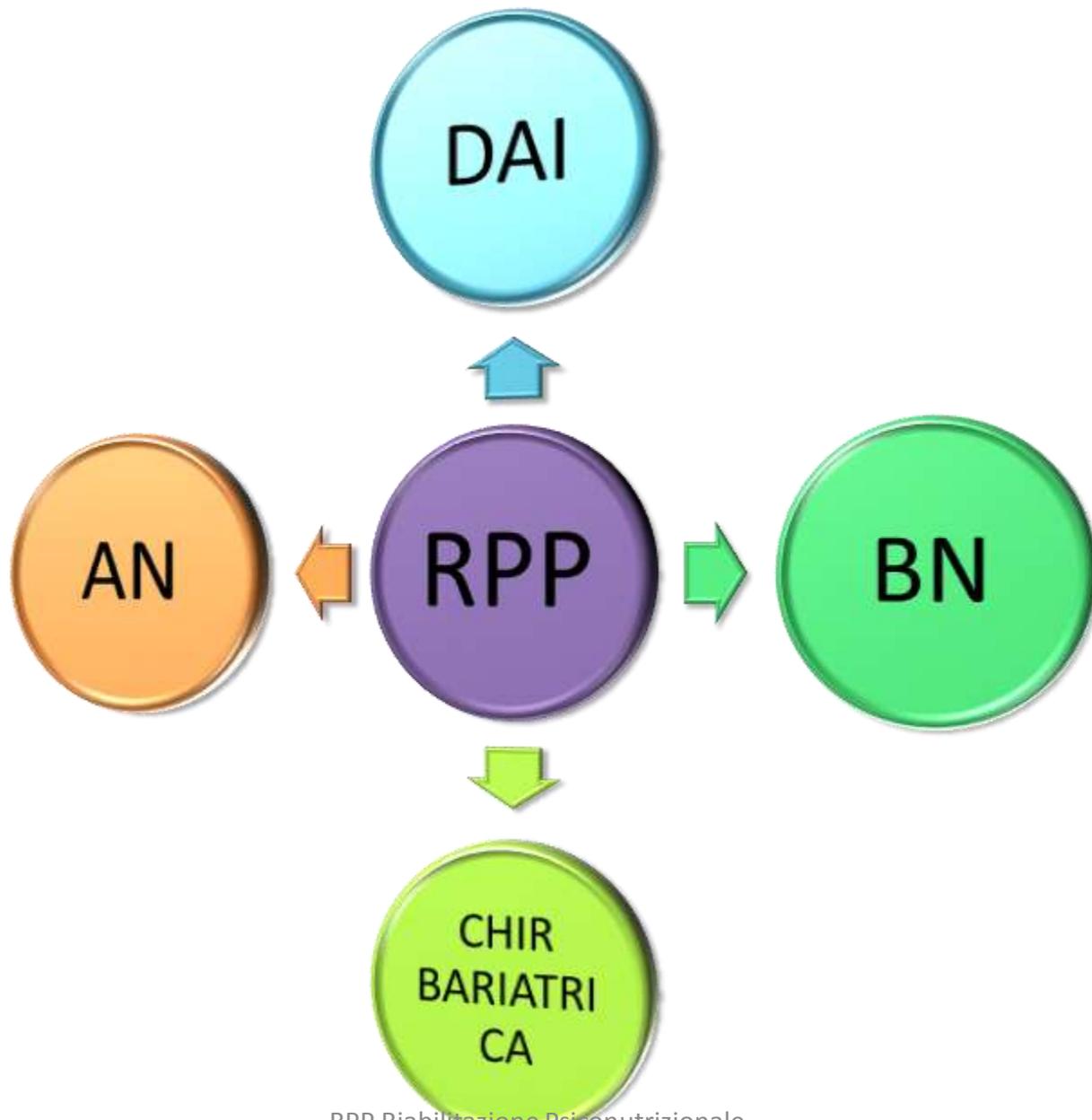
- ✓ Micro équipe di riferimento individuata e stabile fin dalla prima
- ✓ La micro équipe segue l'utente durante il ricovero riabilitativo e tiene i contatti con i terapeuti del territorio di provenienza, con la famiglia e concorda i programmi scolastici
- ✓ La famiglia viene sostenuta o presa in carico

Non si applica alcuna forma di alimentazione meccanica ma si adottano tecniche e procedure della riabilitazione psiconutrizionale progressiva





RPP Riabilitazione Psiconutrizionale  
Progressiva



RPP Riabilitazione Psiconutrizionale  
Progressiva

# La riabilitazione psiconutrizionale progressiva cos'è

E' un insieme di interventi e tecniche riabilitative messo a punto nel nostro Centro e che si fonda sulla ricerca di adesione ad un percorso nutrizionale personalizzato e progressivo attuato nell'ambito di un più vasto intervento sul "core" psicopatologico dei DCA.



# La riabilitazione nutrizionale progressiva e concordata: cos'è

Questa specifica tecnica  
riabilitativa comprende lo  
svolgimento di svariate  
attività cliniche, l'utilizzo di  
farmaci se necessario, il  
costante monitoraggio delle  
condizioni organiche,  
l'erogazione delle terapie  
mediche necessarie.



# La riabilitazione nutrizionale progressiva e concordata: obiettivi

- Ridurre il comportamento alimentare disturbato
- Restaurare un peso sano
- Trattare comorbidità psichiatrica
- Correggere pensieri ed emozioni maladattativi
- Trattare complicanze fisiche
- Facilitare la prosecuzione del trattamento nel post ricovero



# ALIMENTAZIONE SPONTANEA

**B**asata sulla percezione della fame e della sazietà (adeguata solo in situazione di normopeso)

**F**ondata sulla capacità di mangiare in un modo che provveda alla copertura dei fabbisogni nutrizionali

**R**ispettando i gusti personali, le tradizioni, le fedi religiose, le abitudini sociali del luogo

**C**on modalità compatibile e adeguata al contesto dove ci si trova.

**Un'alimentazione il cui pensiero non occupi completamente e non invada la mente.**

# RPP<sup>®</sup> assessment

## OBIETTIVI GENERALI :

Individuare il tipo di disturbo dell'alimentazione, la sua durata e gravità;

Appurare le condizioni fisiche generali del paziente e le eventuali alterazioni degli indici di funzionalità organica;

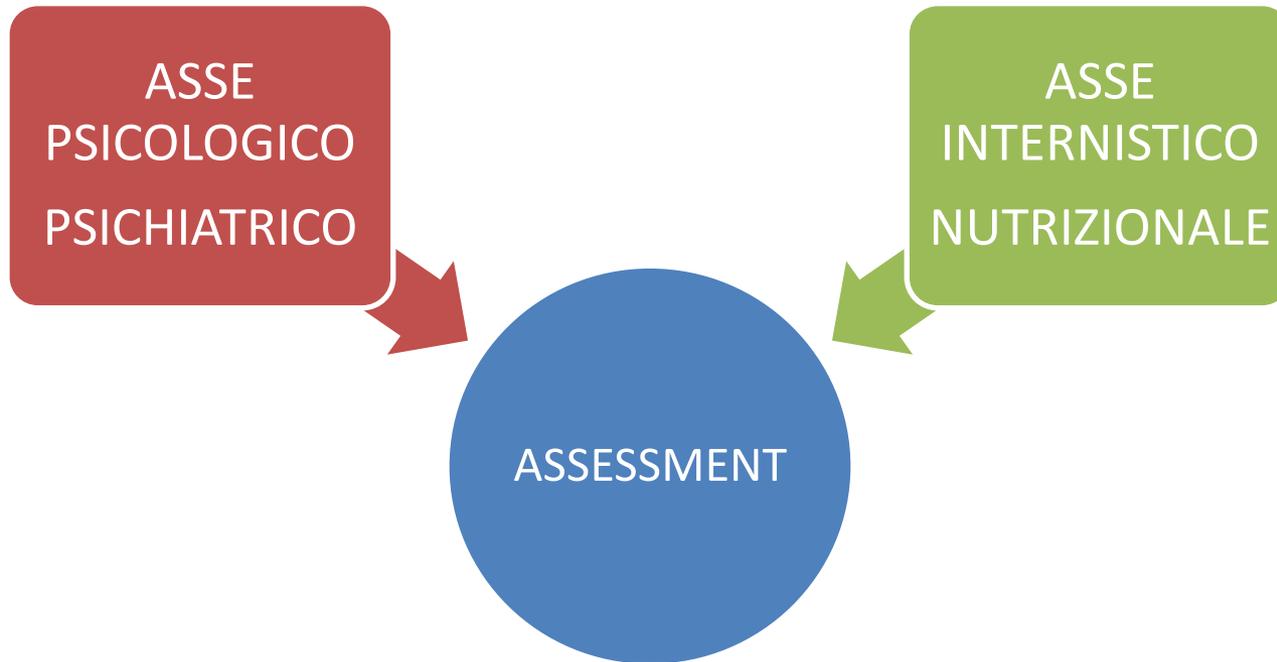
Valutare il profilo psicopatologico e personologico del paziente (compresa la prevedibile aderenza alla cura);

Accertare l'eventuale coesistenza di altre patologie psichiatriche e/o mediche;

Esaminare la storia di eventuali trattamenti precedenti;

Esplorare le dinamiche familiari e la situazione socioambientale (compresa la prevedibile collaborazione dei familiari e delle altre persone significative nei confronti dell'intervento terapeutico).

# RPP<sup>®</sup> assessment



# RPP<sup>®</sup> assessment

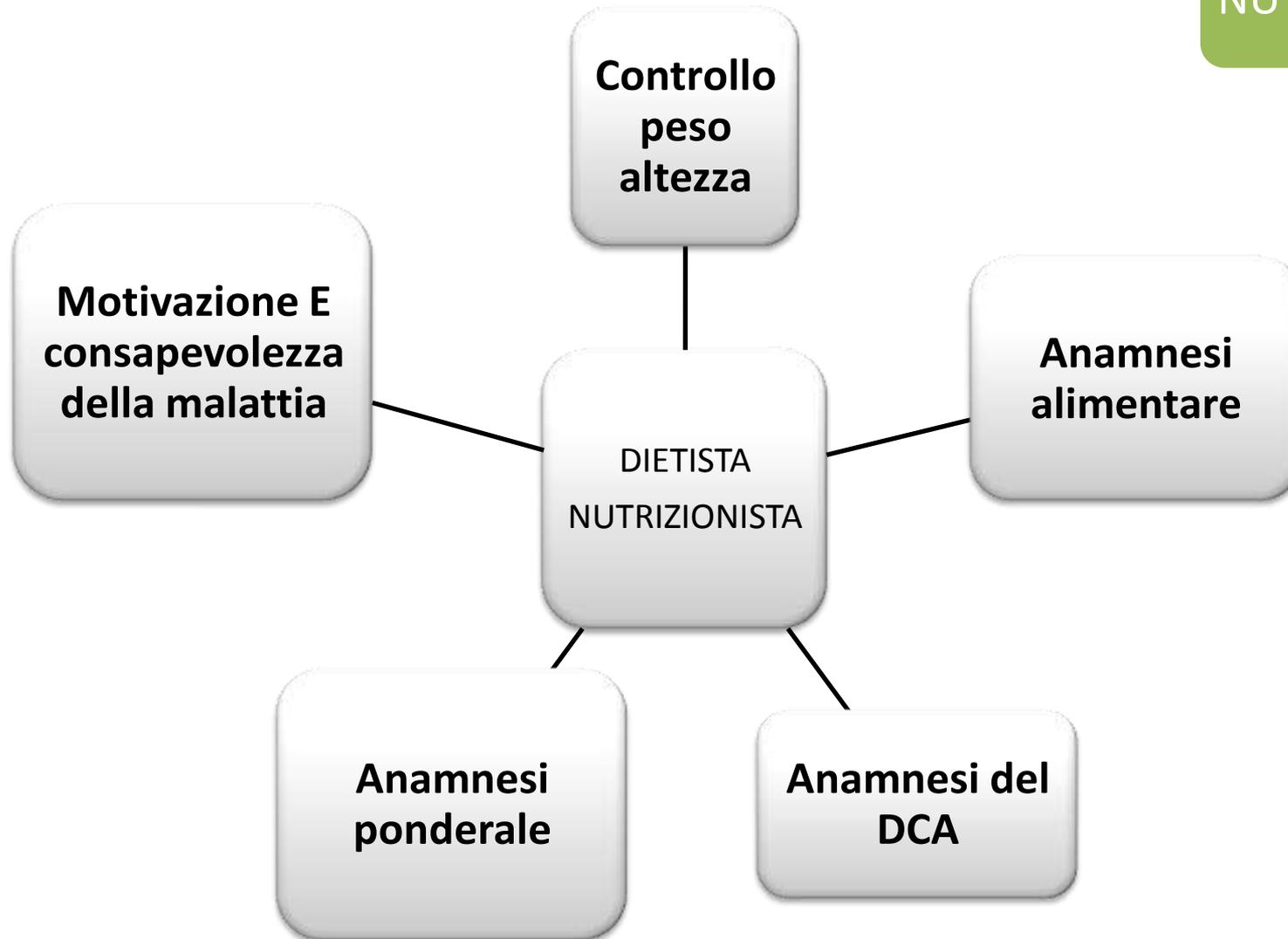
ASSE  
PSICOLOGICO  
PSICHIATRICO



RPP Riabilitazione Psiconutrizionale  
Progressiva

# RPP<sup>®</sup> assessment

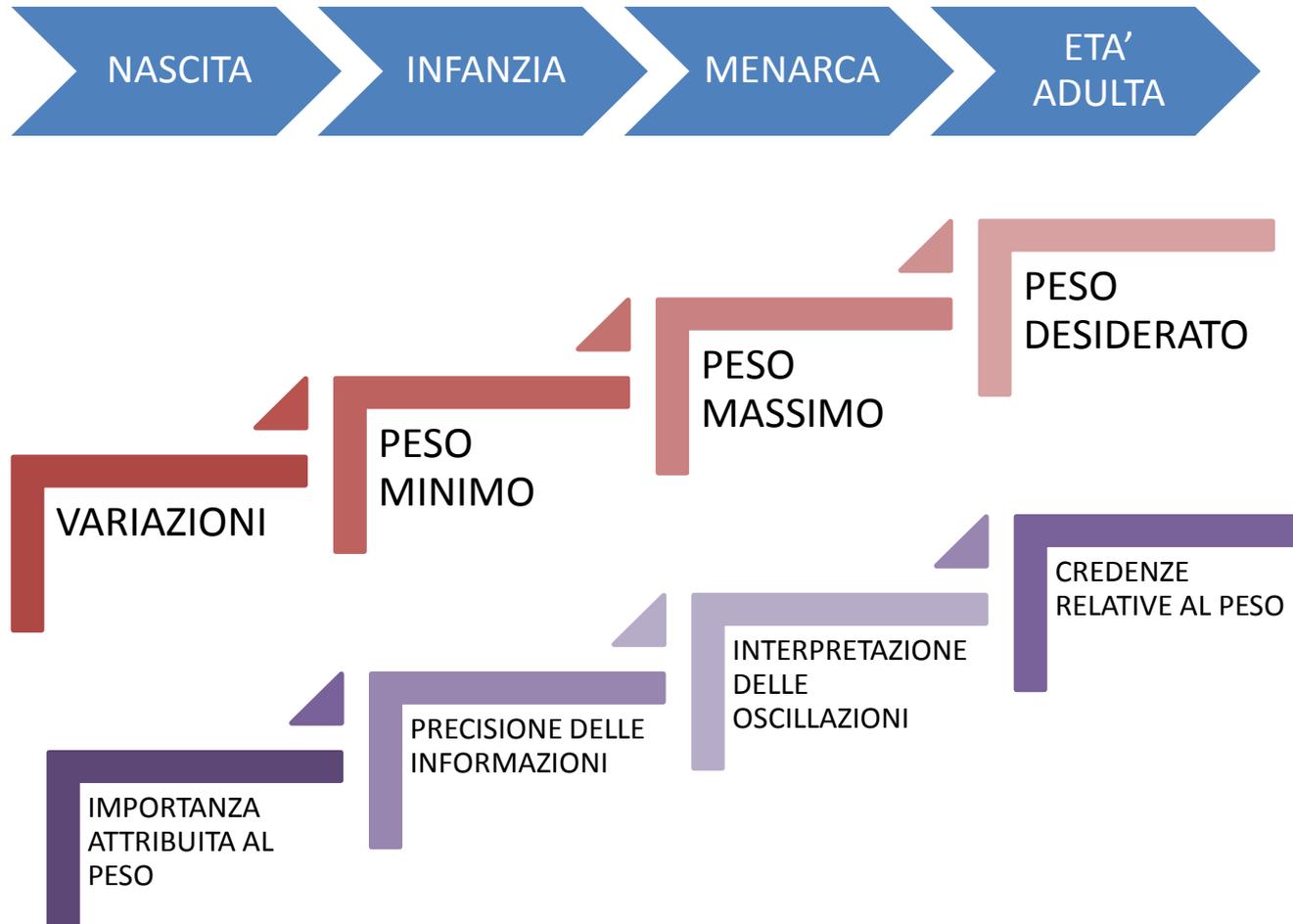
ASSE  
INTERNISTICO  
NUTRIZIONALE



# RPP® assessment

ASSE  
INTERNISTICO  
NUTRIZIONALE

## Anamnesi DEL PESO



# RPP® assessment

ASSE  
INTERNISTICO  
NUTRIZIONALE

## Anamnesi alimentare



Si possono cogliere idee bizzarre e convinzioni riguardo il cibo e alle sue presunte proprietà ma anche quegli aspetti **meno rigidi e più problematici per la paziente** che permettono un primo approccio per mantenere il rapporto terapeutico.

# RPP® assessment

## Anamnesi del DCA

ASSE  
INTERDISTICCO  
NUTRIZIONALE



# La RPP<sup>®</sup> Riabilitazione Psiconutrizionale Progressiva *STRATEGIE DI TRATTAMENTO*





- Micro Équipe multiprofessionale (medico\psicologo\dietista)
- Utilizzo del diario alimentare
- Riabilitazione progressiva come in struttura riabilitativa (modificata)
- Coinvolgimento della famiglia
- Attività di supporto

# RPP<sup>®</sup> AMBULATORIALE



Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4	Fase 5
ACCOGLIENZA	PROGRAMMAZIONE	1° INTERVENTO	AUTONOMIZZAZIONE	MANTENIMENTO
Assessment	<p>Scelta contesto di trattamento Restituzione all'utente ed alla famiglia.</p> <p>1° contratto terapeutico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Definizione diagnosi multiprofessional e</li> <li>Road map terapeutica</li> <li>Presenza in carico vs. invio</li> <li>Definizione del tempo di cura</li> </ul>	Lavoro sul CORE PSICO PATOLOGICO	Aumento delle capacità gestionali	Consolidamento dei risultati raggiunti
Osservazione diario e Gestione nutrizionale		Piano alimentare CONCORDATO di partenza	Aumento CONCORDATO piano, varianza, riduzione comportamenti patologici	Aumento varianza, esposizione progressiva
Valutazione psichiatrica		Psicofarmacoterapia	monitoraggio	monitoraggio
Valutazione medica		Terapia medica	monitoraggio	monitoraggio
Valutazione psicologica		sostegno motivazione	psicoterapia	Psicoterapia o stop
Gruppi psicoeducazionali genitori + utenti				Self help genitori

# La psicoterapia nella RPP<sup>®</sup>

- Riveste un ruolo fondamentale
- Nessun modello psicoterapico unico
- Nessun modulo precostituito di terapia
- Tutti i terapeuti hanno una visione comune del progetto terapeutico, delle sue finalità e degli strumenti da utilizzare
- Lo psicoterapeuta si integra, sostiene e indirizza tempi e modi della riabilitazione (case manager)

# La micro équipe nella RPP<sup>®</sup>

- Co determina il trattamento e le sue fasi
- Si muove sinergicamente
- Scambia le informazioni cliniche necessarie
- Si uniforma nei vari passaggi inerenti la cura

## Piano alimentare di partenza concordato

(Stima intake reale della paziente all' inizio del percorso riabilitativo e piano con calorie/kg prudenti (20-25 kcal/kg di peso reale))

Riequilibrio ponderale con graduale aumento del peso

Introduzione graduale e concordata dei cibi fobici (piramide alimentare)

Autonomia nella gestione alimentare (scelta menù, spuntini esterni, passaggio in GAP con pasti autonomi (monitoraggio continuo))

Assistenza ai pasti (modalità progressiva per il raggiungimento degli obiettivi).  
Acquisizione delle capacità ad alimentarsi in modo adeguato (correzione comportamenti disfunzionali) ed autonomo

Monitoraggio parametri fisiologici e condizioni organiche (rischio refeeding) ed aumenti graduali (200 kcal) del piano concordati.

Uso di integratori alimentari (svezzamento dagli stessi non appena possibile)

# La RPP<sup>®</sup> Riabilitazione Psiconutrizionale Progressiva

## *INTERVENTI PSICOEDUCAZIONALI*



Indipendentemente dall'attuazione di un intervento terapeutico specifico con la famiglia (come la terapia basata sulla famiglia), il programma di trattamento dovrebbe sempre prevedere, soprattutto per l'anoressia nervosa, un'attenzione particolare al rapporto con i genitori o il partner dei pazienti.

L'approccio più utilizzato è quello  
**psicoeducativo**

Gli interventi PSICOEDUCATIVI si collocano tra gli  
INTERVENTI PER LA FAMIGLIA.

Hanno come scopo principale quello di fornire ai familiari le informazioni più importanti sulla malattia, sui suoi sintomi, sulle caratteristiche dell'evoluzione a breve e lungo termine, sulle indicazioni e sui livelli più o meno intensivi del trattamento.

- I familiari dovrebbero normalmente essere inclusi nel trattamento di bambini ed adolescenti con DCA.
- L'intervento deve includere la comunicazione di informazioni, avvisi sulla gestione comportamentale e consigli per migliorare la comunicazione.

Quando si valutano adolescenti con DCA è essenziale coinvolgere sia i pazienti che i genitori e il contesto di vita (APA 2006 livello I); per gli adulti il coinvolgimento della famiglia deve essere considerato caso per caso (APA 2006 livello I). I pazienti, e ove necessario o opportuno i familiari, devono essere adeguatamente informati sulla natura e il decorso del disturbo del quale sono affetti (NICE 2004 grado C, APA 2006 livello I); i familiari devono essere informati anche dell'esistenza dei gruppi di auto-aiuto e di supporto se questi gruppi sono disponibili sul territorio (NICE 2004 grado C).

Per gli adolescenti seguiti in regime di ricovero, la partecipazione a gruppi psicoeducativi familiari può aiutare nel recupero del peso e può essere efficace quanto forme di terapia familiare intensiva (APA 2006 livello III).

# RPP® interventi per le famiglie

Gli interventi per le famiglie durante il trattamento di un DCA possono essere molteplici:

- Gruppi AMA
- Gruppi AMA guidati
- **Gruppi psicoeducazionali**
- Gruppi di discussione su social network
- Altre tipologie di gruppi formali o informali

# RPP<sup>®</sup> Interventi Psicoeducazionali

## IL GRUPPO PSICOEDUCAZIONALE

Attivo dal 2001

Si tratta di un percorso strutturato dedicato attualmente ai genitori di utenti in ricovero riabilitativo presso la Casa delle Farfalle

Al gruppo partecipano familiari ed utenti

Gli argomenti sono prefissati e proposti ciclicamente

La cadenza è circa settimanale

# RPP<sup>®</sup> Interventi Psicoeducazionali

## IL MANUALE PER GLI INTERVENTI PSICOEDUCAZIONALI

Il materiale è organizzato in maniera tale che possa essere utilizzato da diversi operatori.

Gli argomenti sono molteplici ed adattabili a tutti i DCA ed ai diversi contesti di trattamento.

I familiari possono dotarsi dello stesso materiale in modo da seguire il percorso psicoeducazionale e svolgere degli homeworks